

**Joaquim Filipe Candeias de Sousa Gago**

**PROGRAMAS DE CUIDADOS INTEGRADOS  
PARA PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA  
OU PERTURBAÇÃO ESQUIZOAFECTIVA**

**Estudo sobre a Exequibilidade, Implementação e  
Resultados de um Programa de Cuidados Integrados  
para Pessoas com Esquizofrenia ou Perturbação  
Esquizoafectiva em Portugal**

**Lisboa**

**2012**



*Dissertação de Doutoramento em Medicina,  
na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental,  
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Nova de Lisboa*

Orientação do Professor Doutor J.M. Caldas de Almeida

Às muitas Pessoas com Doenças Mentais Graves  
que em pleno Século XXI continuam a sofrer isoladas,  
sem receberem cuidados de Saúde Mental

À minha Família

A Todos os que contribuíram para a  
concretização do Programa Integrar

## Preâmbulo

O presente estudo surge na sequência de um trajecto profissional desenvolvido ao longo de duas décadas no campo da Psiquiatria e Saúde Mental. Ultrapassa, contudo, em muito a dimensão individual, traduzindo também o empenho e esforço de um grupo alargado de profissionais que, a nível da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (DPSM do CHLO), têm procurado melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas que sofrem de doenças mentais graves<sup>1</sup>.

Em termos pessoais, saliento o despertar para a Psiquiatria Comunitária e Reabilitação Psicossocial, na equipa de Sintra-Cascais do Hospital Miguel Bombarda (1994) chefiada pelo Dr. João Sennfelt. Foram igualmente importantes os ensinamentos obtidos na realização da tese de mestrado, em 1997, orientada pelo Prof. Doutor J.M. Caldas de Almeida, bem como as actividades desenvolvidas nas equipas de saúde mental comunitárias do DPSM do CHLO. Os estágios realizados, a nível nacional e internacional, e o desenvolvimento de múltiplos projectos e programas nestas áreas, em várias instituições, constituíram também um importante contributo.

A prática clínica foi sempre acompanhada pela partilha de conhecimentos e troca de experiências, em particular através de acções formativas, actividades docentes e supervisão de novos projectos. A nível nacional, foram exemplo destas actividades dois programas de formação: o *Rehabilitation Educational Project* (1999) e mais recentemente o *Programa de Formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave* (2008).

---

<sup>1</sup> **Doença Mental Grave (Serious/Severe Mental Illness):** trata-se de uma designação muito utilizada e com várias definições que na sua maioria incluem: diagnósticos, incapacidade, duração e evolução da doença. Como conceito geral refiro os critérios de Leona Bachrach (1988), conhecidos pelos três D das doenças mentais graves: 1-**Diagnósticos:** esquizofrenia, perturbação esquizoafectiva, perturbação bipolar, depressão grave ou outra perturbação mental de evolução prolongada que respeite os restantes critérios; 2-**Duração:** mínimo de 2 anos; 3-**Disability** (incapacidade): repercussões relevantes a nível do funcionamento (familiar, social, ocupacional e vocacional) .

Alguns estágios foram particularmente influentes, como aconteceu com os que foram realizados no decurso do mestrado, com o Prof. Tom Burns em Londres e posteriormente com o Prof. David Kingdon e Douglas Turkington, em Southampton.

Em ambos os estágios constatei práticas clínicas e intervenções, utilizadas na recuperação de doentes mentais graves, que contribuíram para o posterior desenvolvimento de programas de cuidados integrados.

A nível do Departamento de Saúde da Mental da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Nova de Lisboa, esta dissertação surge na continuidade das linhas de investigação desse departamento, há muito iniciadas pelo seu Director Professor Doutor J.M. Caldas de Almeida, nomeadamente nas áreas da Psiquiatria Comunitária, Epidemiologia Psiquiátrica, Avaliação e Organização de Serviços. Caminhos já trilhados nas investigações e teses de doutoramento dos Professores Doutores Miguel Xavier, Graça Cardoso, Ricardo Gusmão e Manuel Gonçalves Pereira.

O programa que viemos<sup>2</sup> a desenvolver também surgiu na continuidade das práticas e projectos desenvolvidos ao longo de anos no DPSM do CHLO, das quais são exemplo as actividades que têm vindo a ser realizadas nas equipas de saúde mental comunitárias, muitas delas em estreita articulação com os Cuidados de Saúde Primários e com várias estruturas na comunidade.

Este contexto, associado, a nível local, à estratégia do DPSM do CHLO, definida em 2006, e, a nível nacional, ao Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), criaram as condições e a oportunidade necessárias para o desenvolvimento de um programa de cuidados integrados para doentes mentais graves.

A esta oportunidade acresceu a motivação e o empenho de um conjunto de profissionais diferenciados nas equipas de saúde mental comunitárias.

Nestes caminhos entrecruzados, surgiu o presente estudo. Esta investigação foi também uma oportunidade para reflectir sobre o que foi feito e o muito que falta fazer na prestação de cuidados a estes doentes, a nível local, nacional e internacional.

---

<sup>2</sup> O programa que serviu de base ao estudo e a respectiva investigação resultaram de um esforço colectivo que decorreu no DPSM do CHLO e nesse sentido, a partir desta anotação, será utilizada na dissertação a primeira pessoa do plural: **nós**.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor JM Caldas de Almeida, Director da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Director do Departamento de Saúde Mental desta faculdade, o apoio, ensinamentos e orientação na realização desta dissertação.

Ao Dr. Luís Sardinha, Director do Serviço de Adultos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, o empenho e envolvimento na concretização deste estudo e do respectivo programa.

Ao Professor Doutor David Kingdon (Universidade de Southampton) e Professor Doutor Douglas Turkington (Universidade de Newcastle), pelos ensinamentos, conselhos, inovações, experiência e prática nas intervenções e modelos utilizados.

Ao Prof. Dr. João Sennfelt e ao Mestre Manuel Guerreiro pela formação e estímulo na prática de intervenções de saúde mental na comunidade.

Ao Professor Doutor Daniel Sampaio que foi meu supervisor de Terapia Familiar Sistémica e com quem aprendi a utilizar a intervenção familiar na prática clínica.

Ao Professor Domingos Neto que foi meu formador e supervisor no Tratamento Combinado e por Etapas, cuja aplicação ultrapassou a área das perturbações adictivas e permitiu a integração de várias dimensões terapêuticas.

Ao Professor Doutor Branco Vasco e Professor Doutor Telmo Baptista que foram meus supervisores e formadores na Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva.

Ao Professor Doutor Miguel Xavier pelos ensinamentos, conselhos e colaboração na formação dos avaliadores desta investigação.

Aos colegas do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, pela articulação, colaboração e conselhos. À Professora Doutora Graça Cardoso, ao Professor Doutor Manuel Gonçalves Pereira, ao Professor Doutor Ricardo Gusmão, ao Professor Doutor Bernardo Barahona-Corrêa, ao Mestre Miguel Talina, ao Dr. Álvaro Carvalho, Dr. Jaime Grácio e aos demais professores e assistentes deste departamento.

Aos Terapeutas de Referência das equipas de saúde mental comunitárias do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, cujo profissionalismo, empenho e dedicação, foram fundamentais para a concretização do programa de cuidados integrados e da respectiva investigação.

Aos coordenadores das equipas de saúde mental comunitárias, médicos psiquiatras e internos de psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. A todos os estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa que colaboraram com este estudo e programa.

À Dr.<sup>a</sup> Raquel Capaniço pela sua colaboração na introdução dos dados e ao Dr. José Santos Pereira, consultor de estatística.

A todos os profissionais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Um agradecimento especial aos doentes e familiares que participaram no programa.

A todos os mencionados, e muitos outros, que contribuíram para a realização desta dissertação, expresso os meus agradecimentos .



## Lista das Abreviaturas

<b>ACT</b>	<i>Assertive Community Treatment</i>
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>BPRS</b>	<i>Brief Psychiatric Rating Scale 4.0</i> (Overall e Gorham, 1962)
<b>CAN</b>	<i>Camberwell Assessment of Need</i> ou Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (Phelan et al., 1995)
<b>CM</b>	<i>Case management</i>
<b>CNRSSM</b>	Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
<b>CPA</b>	<i>Care Program Approach</i>
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>DAI</b>	<i>Drug Attitude Inventory</i> (Hogan et al., 1983)
<b>DAS</b>	<i>Disability Assessment Schedule II</i> (WHO, 1988)
<b>DGS</b>	Direcção Geral de Saúde
<b>DMG</b>	Doenças mentais graves ( <i>serious mental illness</i> )
<b>DPSM do CHLO</b>	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
<b>EAC</b>	Ensaio aleatorizado e controlado, o equivalente em português a <i>randomized controlled trial (RCT)</i>
<b>ERPS</b>	Estruturas de Reabilitação Psicossocial
<b>ESMC</b>	Equipa / equipas de saúde mental comunitárias
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FCM-UNL</b>	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
<b>GAF</b>	<i>Global Assessment of Functioning Scale</i> (Endicott e al., 1976) ou Escala de Avaliação do Funcionamento Global
<b>ICD 10</b>	<i>International Classification of Diseases version 10</i> (WHO, 1993)
<b>IPSS</b>	Instituições Particulares de Solidariedade Social
<b>MADRS</b>	<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i> (1979)
<b>MBE</b>	Medicina baseada na evidência científica
<b>MCM</b>	Modelo de <i>Case Management</i>
<b>MHS</b>	<i>Mental Health Survey</i> / Estudo Nacional de Saúde Mental
<b>NICE</b>	<i>National Institute for Clinical Excellence</i> (Reino Unido)

<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OTP</b>	<i>Optimal Treatment Project</i>
<b>PIC</b>	Plano Individual de Cuidados
<b>PII</b>	Plano Individual de Intervenção
<b>PIR</b>	Plano Individual de Reabilitação
<b>PNSM</b>	Plano Nacional da Saúde Mental (2007-2016) elaborado pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde do Ministério da Saúde
<b>POCS</b>	<i>Perceptions of Care and Satisfaction Survey</i> (McLean Hosp., 2000)
<b>Recovery</b>	Recuperação (tradução utilizada no Plano Nacional Saúde Mental, 2007)
<b>SAI</b>	<i>Schedule to Assess the components of Insight</i> (A. Davys, 1990)
<b>SM</b>	<i>Saúde Mental</i>
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SOFAS</b>	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i> (Goldman, 1992)
<b>TAS</b>	Treino de Aptidões Sociais
<b>TCC</b>	Psicoterapia Cognitivo-comportamental
<b>TR</b>	Terapeuta de referência
<b>Treatment Gap</b>	Fosso terapêutico (diferença entre a prevalência tratada e a existente)
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>
<b>WHOQOL-BREF</b>	<i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Brief V</i> (WHO, 1996)

## Resumo

### Enquadramento Teórico

De acordo com o estado da arte, existem intervenções psicofarmacológicas, psicológicas e psicossociais, com evidência científica dos seus resultados, no tratamento de pessoas com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva. No entanto, muitos destes doentes, não procuram ajuda dos serviços de saúde mental, não recebem os referidos cuidados ou não são detectados nem seguidos por estes.

Esta realidade levou ao desenvolvimento de programas integrados, intervenções e estudos mais específicos, nomeadamente para tentar ultrapassar os obstáculos na acessibilidade aos cuidados de saúde e na continuidade de seguimento destes doentes.

No conjunto das dificuldades apuradas, as questões da exequibilidade (*feasibility*) e da implementação, têm tido particular relevo na literatura científica recente, bem como a melhor forma de vencer as respectivas barreiras e adaptar essas intervenções às varias realidades, culturas e recursos.

### Objectivos

Objectivos gerais: 1) Avaliar a exequibilidade e a implementação inicial de um programa de cuidados integrados, para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, no contexto clínico das equipas de saúde mental comunitárias de um departamento de psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, com os recursos materiais e humanos existentes; 2) Avaliar o impacto deste programa, nestes doentes e na respectiva prestação de cuidados de saúde mental.

### Metodologia

Elaborámos um programa de cuidados integrados (Programa Integrar) com base no modelo clínico de *case management*, com seguimento mantido e integrado. Cada doente passou a ter um terapeuta de referência, um plano individual de cuidados e manteve o seguimento com o seu psiquiatra assistente. Foram seleccionadas intervenções, nomeadamente, psicoeducativas, familiares, estratégias para lidar com os sintomas e a doença, prevenção de recaídas e intervenções para melhorar o funcionamento social e ocupacional. A estas intervenções foi sempre associado o tratamento psicofarmacológico.

O estudo delineado incluiu dois componentes: avaliação da exequibilidade e implementação inicial do programa de cuidados integrados (componente A) e avaliação do impacto deste programa (componente B), através de um estudo de intervenção, prospectivo, naturalista, não aleatorizado e não controlado. A amostra do estudo resultou das sucessivas referenciações, para o Programa Integrar, de pessoas com os diagnósticos de esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, seguidas nas cinco equipas de saúde mental comunitárias do Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, com uma área assistencial correspondente a uma população de, aproximadamente, 400 000 pessoas.

Definimos etapas, estratégias, parâmetros e indicadores para o estudo da exequibilidade do programa. Efectuámos a monitorização e a avaliação de tarefas, procedimentos e intervenções recomendadas aos terapeutas de referência.

Realizámos duas avaliações, uma no início do programa e outra após um ano de intervenção. Foram avaliadas as seguintes dimensões (com indicação do acrónimo do instrumento de avaliação utilizado entre parêntesis): psicopatologia (BPRS), depressão (MADRS), necessidades (CAN), incapacidade (DAS), actividade social e ocupacional (SOFAS), atitude em relação à medicação (DAI), *insight* (SAI), qualidade de vida (WHOQOL-S) e satisfação (POCS).

### Resultados

Dos 146 doentes que foram incluídos no estudo, 97 (66%) eram do sexo masculino e 49 (34%) do sexo feminino, com uma idade média de 36 anos. Destes doentes, 116 (79,4%) tinham o diagnóstico (ICD10) de esquizofrenia e 30 (20,6%) de perturbação esquizoafectiva.

Os restantes dados sociodemográficos eram típicos de populações afins em serviços de saúde mental nacionais. Do total de doentes (146) que iniciaram o estudo, 26 (18%) abandonaram o seguimento neste programa.

Para o componente A da investigação (estudo de exequibilidade) salientamos: exerceram funções a totalidade (15) dos terapeutas de referência que receberam formação, 76 % efectuaram o número mínimo recomendado de sessões / ano por doente ( $\geq 18$ ), 44,9 %

fizeram o número mínimo de sessões familiares pretendido ( $\geq 3$ ). Nas intervenções mais específicas foram atingidos os objectivos em mais de 75% dos doentes, à excepção das intervenções domiciliárias (19,4%), prevenção do abuso de substâncias (45,4%) e do risco de suicídio (34,3%). O plano individual de cuidados foi realizado em 98 % dos doentes e em 38,9 % dos casos ocorreu a participação da família. Neste plano, a média de objectivos definidos foi de 5 e a média de objectivos atingidos correspondeu a 3 ( $p=0,001$ ). Na primeira avaliação, estavam a frequentar estruturas de reabilitação psicossocial 42 doentes (28,8%) e, 12 meses após, esse número passou para 80 (74,1%). Também aumentou o número de doentes com actividade profissional a tempo completo, de 8 (7,4%) para 18 (16,7%).

No componente B do estudo (avaliação do impacto do programa), em termos de psicopatologia, e para as pontuações médias globais do BPRS, ocorreu uma diminuição entre a primeira e a segunda avaliação ( $p=0,001$ ), tal como nas subescalas: sintomas positivos ( $p=0,003$ ), sintomas negativos ( $p=0,002$ ), sintomas de mania ( $p=0,002$ ) e sintomas de depressão/ansiedade ( $p=0,001$ ). Na avaliação da depressão ( $p=0,001$ ) e da incapacidade ( $p=0,003$ ), as diferenças foram significativas e favoráveis. O mesmo não sucedeu na atitude em relação à medicação ( $p=0,690$ ) nem na escala de avaliação do *insight* ( $p=0,079$ ). Em relação ao funcionamento social e ocupacional, qualidade de vida e satisfação dos doentes, ocorreu uma melhoria significativa da primeira para a segunda avaliação.

As necessidades sem resposta mais frequentes, na primeira avaliação, corresponderam aos itens: actividades diárias, contactos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual, benefícios sociais, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, informação sobre a doença / tratamento e gestão/problemas de dinheiro. Para todos estes últimos nove itens, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa, entre a primeira e a segunda avaliação, com diminuição destas necessidades, excepto nas relações íntimas, relacionamento sexual e nos problemas de dinheiro. Na distribuição dos três estados de necessidades, para todos os itens, diminuíram as necessidades sem resposta e as necessidades com resposta parcial e aumentaram as situações em que deixaram de se verificar necessidades relevantes.

Dos resultados obtidos para outros indicadores clínicos e de utilização dos cuidados, será importante referir que na comparação do ano anterior com o ano em que decorreu o programa, o número de doentes da amostra internados diminuiu 64,1%, bem como a média do número de internamentos ( $p=0,001$ ). Em relação à duração dos internamentos, no ano anterior ao programa, os 39 doentes internados, tiveram um total de dias de internamento de 1522, sendo que, no ano do programa, para os 14 doentes internados, o total foi de 523 dias. Em termos absolutos, ocorreu uma redução de 999 dias (menos 65,6% dias). Também se verificou uma diminuição de 45,6 % de recaídas ( $p=0,001$ ).

### **Discussão e conclusões**

A exequibilidade do programa de cuidados integrados permitiu a aplicação do modelo clínico de *case management*, com seguimento mantido e integrado, através do qual cada doente passou a ter um terapeuta de referência assim como, em 98% casos, um plano individual de cuidados. As famílias continuaram a ser o principal suporte para os doentes, mas surgiram dificuldades quando se pretendeu uma participação mais activa destas no tratamento.

A diminuição do número e da duração dos internamentos constituíram importantes resultados com implicações não só em termos clínicos mas também económicos. Os valores obtidos, para as diferentes variáveis, também sugerem o impacto favorável do Programa Integrar a nível da psicopatologia, das necessidades, da incapacidade, do funcionamento social e ocupacional, da qualidade de vida e da satisfação dos doentes. O mesmo não sucedeu para o *insight* e para a mudança de atitudes dos doentes em relação à medicação, resultados que devem ser igualmente considerados em futuros reajustamentos deste programa ou no desenvolvimento de novos programas.

Como principais conclusões podemos referir que: 1) Foi possível a exequibilidade de um programa de cuidados integrados inovador e a implementação inicial desse programa, para doentes com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, com os recursos humanos e materiais existentes, no contexto clínico das equipas de saúde mental comunitárias, de um departamento de psiquiatria e saúde mental, em Portugal; 2) Na avaliação do impacto do programa, os resultados obtidos indiciam potencialidades de aplicação, deste programa de cuidados integrados, com vista à melhoria clínica e psicossocial destes doentes. Devem ser realizados estudos de replicação, ou complementares à presente investigação, no entanto, os dados obtidos são encorajadores para o desenvolvimento de programas similares, a nível nacional e internacional, que possam beneficiar um grupo mais alargado de doentes.

## Abstract

### Theoretical Framework

Although there are psychological and psychosocial interventions well supported by scientific evidence, which show benefit when combined with psychopharmacological treatments, we know that a significant number of people with schizophrenia or schizoaffective disorders, do not seek help from mental health services, do not receive the care mentioned and are not detected or followed-up by them.

This reality led to the development of integrated programs, interventions and more specific studies, to try to overcome the obstacles in the accessibility to the health services and on the follow-up of these patients.

Amongst the barriers identified, feasibility and implementation of those programs have been of special relevance in recent scientific literature, as well as the best way to overcome such difficulties and adapt the interventions to the various realities, cultures and resources.

### Objectives

General objectives were defined: 1) Assessment of the feasibility and initial implementation of an integrated care program, for people with schizophrenia or schizoaffective disorder, in the clinical setting of community mental health teams, in a psychiatric department from the national health service in Portugal; 2) Impact evaluation of the integrated care program, for these patients and their mental health care delivery.

### Methods

We drew up an integrated care program (Program *Integrar*) based on the *clinical case management* model, with continuous and integrated follow-up. Each patient got one case manager, an individual care plan and kept the same psychiatrist. Were selected the appropriated interventions, namely: psycho-educative, family-based interventions, strategies for dealing with the symptoms and the disorder, relapse prevention and interventions to improve social and occupational functioning. These interventions were always associated with psychopharmacological treatment.

The investigation was outline with two parts: assessment of the feasibility and initial implementation of the *Program Integrar* (part A of the study) and impact evaluation of the program (part B of the study). We designed a naturalistic, prospective, intervention study, non-randomized and without control group. Our chosen sample was made with successive referrals of patients with the diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder, followed-up in one of the five community mental health teams of the *Psychiatric Department of Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*, with a catchment area for a population of about 400 000 people. Different stages, strategies, criteria and indicators for studying the feasibility of the program and its implementation were set and the tasks, procedures and recommended interventions of the case managers were monitored and evaluated.

We did two assessments with an interval of one year and we evaluated the following dimensions (the acronym of the assessment instrument used in brackets): psychopathology (BPRS), depression (MADRS), needs (CAN), disability (DAS), social and occupational functioning (SOFAS), attitude toward medication (DAI), *insight* (SAI), quality of life (WHOQOL-S) and satisfaction (POCS).

### Results

Of the 146 patients who started the study, 97 (66%) were male and 49 (34%) females with a mean age of 36 years. Of these, 116 (79,4%) were diagnosed (ICD10) with schizophrenia and 30 (20,6%) with schizoaffective disorder. The other socio-demographic data were typical of populations within Portuguese mental health services. Of all patients (146), who started the program, 26 (18%) of patients left the program (program dropout rate).

Of the regarding part A of the study, which focused on feasibility, the following is of note: all professionals who had been trained for this purpose (15) acted as case manager, 76% did the recommended minimum number of sessions / year per patient ( $\geq 18$ ) and 44,9% did the minimum number of family sessions desired ( $\geq 3$ ). For the more specific interventions the parameters set out were met for more than 75% of patients, with the exception of domiciliary interventions (19.4%), prevention of substance abuse (45.4%) and suicide risk prevention (34.3%).

The individual care plan was done for 98% of patients and in 38,9% of cases this involved family participation. For this plan the mean objectives defined were 5 and in average was achieved 3 ( $p=0,001$ ). On the first assessment, 42 patients (28.8%) were attending psychosocial rehabilitation structures and 12 months later that number rose up to 80 (74,1%). Regarding their employment status, in the first assessment 8 (7,4%) were in full time employment and in the second evaluation the number rise to 18 (16,7%).

For part B of the study (impact program evaluation), in terms of psychopathology, global mean scores for the BPRS, decreased ( $p=0,001$ ), as did the four sub scales: positive symptoms ( $p=0,003$ ); negative symptoms ( $p=0,002$ ); manic symptoms ( $p=0,002$ ) and symptoms of depression/anxiety ( $p=0,001$ ).

Both in the evaluation of depression ( $p=0,001$ ), as in the assessment of disability ( $p=0,003$ ), the differences were significant. However, this was not the case with attitudes towards medication ( $p=0,690$ ) and with *insight* evaluation ( $p=0,079$ ).

In relation to social and occupational functioning, quality of life and patient satisfaction there was a statistically significant improvement from the first to the second assessment.

The most commonly unmet needs in the first assessment were daily activities, social contacts, intimate relationships, sexual relations, social benefits, psychotic symptoms, psychological distress, information about the disorder / treatment and money problems / money management. Of these, in the second assessment, all of those nine unmet needs showed significant improvement, excepted intimate relationships, sexual relations and money problems / money management. In the distribution of the three states of needs for all items, it happened a decreased in unmet needs and partially met needs and increased in the situations where relevant needs were no longer found.

For other clinical indicators it is important to note, when we compared the year prior to this program and the year after, there were fewer hospitalizations (reduction of 64,1% of admissions) and in the mean number of admissions ( $p=0,001$ ). Regarding the length of hospitalization in the year prior to the program, the 39 patients admitted had a total of 1522 hospital days, and in the year of the program for the 14 hospitalized patients, the total was 523 days. In absolute terms, there was a reduction of 999 days (65,6%). There was also a 45,6% reduction of relapses ( $p = 0,001$ ).

## Discussion and Conclusions

The feasibility of the integrated care program allowed the application of the clinical case management model, with continuous follow-up. Each patient got a case manager and in 98% of the cases they also got an individual plan of care. Families continued to be the main support for patients but, difficulties occurred when it was claimed a more active participation.

The decrease in the number and duration of admissions were important findings with implications not only in clinical terms but also in economic field.

The achieved results for the different variables can also indicate the favorable impact of this *program*, at the level of psychopathology, needs, disability, social and occupational functioning, quality of life and patient satisfaction. The same did not happen for the evaluation of *insight* and in the changes of attitudes towards medication. These data should also be considered for future readjustments of this program and for the developing of new programs.

Finally, the two-overview conclusions are:

1) It was possible the feasibility of an integrated care program and initial implementation of this innovative program, for patients with schizophrenia or schizoaffective disorder, with the human and material resources available in the clinical context of the community mental health teams, in a psychiatry and mental health department of the national health service in Portugal; 2) In assessing the impact of the program, the results suggest potential application of this integrated care program, to improve clinical state and psychosocial variables for these patients. There should be done studies to replicate these results, however the results obtained are promising for the development of similar programs at nationally and internationally level, that could benefit a wider group of patients.

# Índice

## Parte I – Enquadramento Teórico

### Capítulo 1

#### Introdução

1.1. O peso da esquizofrenia	2
1.2. O que fazemos e o que podemos fazer	3
1.3. Evolução dos cuidados prestados a doentes mentais graves na comunidade	4

### Capítulo 2

#### Intervenções baseadas na evidência científica e recomendações orientadoras no tratamento de pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva

2.1. Características da Medicina baseada na evidência científica e sua aplicação na Saúde Mental	20
2.2. Intervenções baseadas na evidência científica e recomendações orientadoras	23
2.2.1. Intervenções farmacológicas	25
2.2.2. Treino de aptidões sociais	26
2.2.3. Intervenções familiares	28
2.2.4. Terapia Cognitivo-comportamental	29
2.2.5. Reabilitação vocacional e emprego apoiado	32
2.2.6. Psicoeducação	33
2.2.7. Prevenção de recaídas	35
2.2.8. Remediação cognitiva	37

### Capítulo 3

#### Modelos de gestão de casos (*case management*) e programas de seguimento assertivo na comunidade

3.1. Origens, evolução, princípios e conceitos do modelo de <i>case management</i>	40
3.2. Diferentes modelos e funções do <i>case management</i>	43
3.3. Evidências, vantagens e desvantagens dos modelos de <i>case management</i>	53
3.4. Adaptações do conceito e dos modelos de <i>case management</i> em Portugal	57

### Capítulo 4

#### Planos individualizados de cuidados para pessoas com doenças mentais graves

4.1. Planos de tratamento para pessoas com doenças mentais graves	63
4.2. Cuidados individualizados, participados e recuperação	68
4.3. Planos individualizados de cuidados para pessoas com doenças mentais graves	76

### Capítulo 5

#### Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva

5.1. Planos, programas, projectos e cuidados integrados	81
5.2. Programas de Cuidados Integrados	84
5.3. Programas Exequíveis	98

## **Parte II – Investigação Original**

### **Capítulo 1**

#### **Fundamentação, questões e objectivos da investigação**

- 1.1. Contexto e fundamentação científica da Investigação 103
- 1.2. Questões, hipóteses e objectivos investigação 106

### **Capítulo 2**

#### **Metodologia**

- 2.1. Desenho global do estudo 112
- 2.2. População, amostra e locais
  - 2.2.1. População alvo 114
  - 2.2.2. Amostra, Critérios de Inclusão e Exclusão 115
  - 2.2.3. Locais onde decorreu o estudo 117
- 2.3. Programa Integrar
  - 2.3.1. Contexto, objectivos e características 120
  - 2.3.2. Modelos, intervenções, procedimentos e materiais utilizados 122
  - 2.3.3. Passos no desenvolvimento do Programa Integrar, recursos e estratégias 129
- 2.4. Etapas da Investigação 135
- 2.5. Dimensões e variáveis do estudo 137
- 2.6. Instrumentos de avaliação 139
- 2.7. Aspectos éticos 152
- 2.8. Análise estatística 152

### **Capítulo 3**

#### **Resultados**

- 3.1. Introdução aos dados descritivos 154
- 3.2. Caracterização socio-demográfica e clínica da amostra 155
- 3.3. Componente A do estudo: exequibilidade e implementação inicial do Programa Integrar 161
- 3.4. Componente B do estudo: avaliação do impacto do Programa Integrar 166
- 3.5. Comparação dos resultados dos doentes com esquizofrenia vs perturbação esquizoaffectiva 183

### **Capítulo 4**

#### **Discussão**

- 4.1. Resultados principais e objectivos gerais 190
- 4.2. Resultados para as hipóteses do estudo e enquadramento na literatura 197
- 4.3. Particularidades dos resultados 214
- 4.4. Limitações do estudo 218
- 4.5. Barreiras à exequibilidade 220
- 4.6. Pontos fortes e contributos 225
- 4.7. Propostas para futuras investigações 226

### **Capítulo 5**

- 5. Conclusões 229

#### **Bibliografia**

233

#### **Anexos (CD-ROM )**



# Parte I

## Capítulo 1

### Introdução

## 1.1. O Peso da Esquizofrenia

A esquizofrenia não é uma doença muito frequente - tem uma prevalência ao longo da vida de 1%, prevalências pontuais da ordem dos 5/1000 e uma incidência que ronda 0,2/1000 por ano (Lieberman, Stroup e Perkins, 2006) - mas, é um dos problemas de saúde com maior impacto e carga (*burden disease*) nas pessoas, nas famílias e na sociedade em geral (WHO, 2004 e 2008; Rossler, 2005).

Nos últimos cem anos a investigação nesta área registou progressos importantes mas muitas das principais questões relacionadas com as causas e o tratamento da esquizofrenia estão ainda por resolver.

A expressão mais evidente desta doença começa, normalmente, no fim da adolescência ou início da idade adulta e põe em questão, pelo menos temporariamente, muitas das expectativas do próprio e da família, dificultando, geralmente, a transição para uma vida mais autónoma (Harrop & Trower, 2001 e 2002).

As repercussões são múltiplas e ocorrem a vários níveis. A esperança média de vida é reduzida, em pelo menos dez anos, e o suicídio, que ocorre em cerca de 10% destes doentes, é um dos factores que mais contribui nesse sentido (Caldwell, 1990; Mortensen, 1993; Radomsky, 1999; WHO, 2001).

De acordo com o estudo do *Global Burden Disease* (WHO, 2000, 2004 e 2008), a esquizofrenia causa níveis de incapacidade significativos, sendo responsável por, pelo menos, 1,1 % da carga global das doenças, medida em DALY's (disability adjusted life years) <sup>3</sup> e por 2,8 % do tempo vivido com incapacidade, medido em YLD's (*years of life with disability*).

No grupo etário dos quinze aos quarenta anos, a esquizofrenia representa a sétima doença mais importante em termos dos YLD's e a terceira causa mais importante dos DALY's a nível mundial, sendo responsável, para este grupo, por 4,9% do total das incapacidades.

---

<sup>3</sup> Uma das traduções utilizadas em português para **disability adjusted life years (DALY's)** corresponde a anos de vida ajustados em função da incapacidade e trata-se de uma medida utilizada pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994), nomeadamente para os estudos sobre a carga global das doenças (*Global of Burden Disease*, 2000, 2004 e 2008). Os DALY's resultam do somatório dos anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability-YLDs*), com os anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura (*Years of Life Lost, YLL*). Obtém-se assim um único valor que reflecte dados da morbilidade e da mortalidade de uma determinada doença.

Para além das repercussões directas, esta doença tem ainda consequências indirectas significativas nas famílias e na sociedade, em termos de saúde e em termos económicos. Um estudo de Harwood (2004) confirmou que, para além da incapacidade que pode causar, também é um dos problemas de saúde que necessita de mais cuidados a vários níveis.

## 1.2. O Que Fazemos e o Que Podemos Fazer

As doenças mentais têm uma elevada prevalência (Wang et al., 2011) e causam um considerável sofrimento e carga (*burden disease*) a nível individual, familiar e social (Kohn & Serraceno, 2004). Apesar dos tratamentos disponíveis, um número significativo de pessoas com problemas de saúde mental continua sem ter acesso a estes tratamentos.

O chamado ***Treatment Gap*** (Saraceno, 2004 e 2007) que corresponde à diferença entre a prevalência existente e a prevalência tratada, e que se poderá designar, em português, por fosso terapêutico, assume uma magnitude importante no campo das doenças mentais (Wang et al., 2011).

Para a esquizofrenia, e outras psicoses não afectivas, o *Mental Health Treatment Gap* foi estimado, em 32 % (Kohn, Saraceno et al., 2004) e a OMS (WHO, 2007) admite que o número seja superior, nomeadamente devido à ausência de registo de casos em muitos países.

Em Portugal, dados do Estudo Nacional de Saúde Mental (*Mental Health Survey*), completado em 2010 (Caldas de Almeida, 2011), também evidenciaram que apenas 38,9 % das pessoas consideradas nesse estudo como tendo doença mental grave tinham acesso a serviços especializados de saúde mental.

Várias iniciativas e estratégias têm sido definidas para ultrapassar as barreiras que impedem o acesso de muitos desses doentes aos tratamentos, inclusive na Europa (Caldas Almeida e Killaspy, 2011), onde, apesar de alguns esforços significativos, ainda há muito a fazer nesse sentido.

De acordo com estes últimos autores esta situação é particularmente evidente nas doenças mentais graves e de evolução prolongada, onde se inclui a esquizofrenia e a perturbação esquizoafectiva.

Uma dificuldade encontrada na prestação de cuidados a estes doentes consiste em conseguir uma **adequada integração das várias intervenções**, cuja evidência científica foi confirmada e que oferecem vantagens no respectivo tratamento. Nessa integração devem ser consideradas as respostas farmacológicas, psicológicas, psicossociais e sociais, organizadas e estruturadas de forma a responder às necessidades individuais (Falloon, 1993; Lauriello, 2001; Lenroot, 2003; Thornicroft, 2009).

Os objectivos actuais do tratamento da esquizofrenia incluem o reconhecimento da doença o mais precocemente possível, o tratamento dos sintomas e o desenvolvimento nos doentes e nas respectivas famílias de aptidões e competências que lhes permitam saber lidar melhor com a doença. Outros objectivos fundamentais consistem em promover a recuperação, prevenir recaídas e contribuir para a integração destes doentes na comunidade, no sentido de terem uma vida que os realize e complete como pessoas (Slade, 2007 e 2012).

### **1.3. Evolução dos Cuidados Prestados a Doentes Mentais**

#### **Graves na Comunidade**

Em termos **internacionais**, podemos considerar, de uma forma geral, três períodos na evolução dos cuidados prestados desde o final do Século XIX a **pessoas com doenças mentais graves** (Thornicroft & Tansela, 2009): 1) predomínio asilar (1880-1950); 2) diminuição das estruturas asilares e desinstitucionalização (1950-1980); 3) desenvolvimento de cuidados na comunidade (mais evidente a partir de 1980 / 90).

Ocorreram variações consoante os países e, mesmo a este nível, as mudanças não foram uniformes, diferindo entre regiões e locais. Os períodos indicados pelos autores supracitados correspondem a uma apreciação global, relativa ao que sucedeu nos países anglo-saxónicos e em alguns países europeus.

Na análise que se segue abordaremos em especial os estudos e as evoluções consideradas como tendo tido uma influência mais significativa na prestação de cuidados a estes doentes no âmbito da psiquiatria comunitária, com particular relevo para o designado terceiro período, correspondente a um maior crescimento e diferenciação desses cuidados.

Existem muitas definições de **Psiquiatria Comunitária**, que reflectem as evoluções verificadas ao longo do tempo. Ultimamente, também tem sido utilizada a designação de **cuidados de saúde mental na comunidade**.

Strahtdee e Thornicroft (1997) definiram esses cuidados do seguinte modo: rede de serviços capaz de assegurar a continuidade de cuidados, alojamento, ocupação e suporte social, que no seu conjunto contribuem para as pessoas com problemas de saúde mental poderem ser integradas na sociedade e recuperarem, ou adquirirem, uma função social.

Na sua tese de doutoramento, Xavier M.(1999) referiu que a psiquiatria comunitária designa, de uma forma genérica, um sistema organizativo de prestação de cuidados que visa a manutenção do doente mental no seu meio ambiente, numa rede de suporte que integra a família nuclear, o meio escolar ou profissional e dispositivos sociais existentes num determinado sector geográfico.

Numa definição mais recente, que sintetiza e inclui muitos dos conceitos actualmente utilizados neste âmbito, Drake (2011) define, da seguinte forma, os **cuidados de saúde mental na comunidade**:

Princípios e práticas necessárias para a promoção da saúde mental, numa população e num determinado local, através de:

1. Resposta às necessidades dessa população;
2. Garantia da acessibilidade e da continuidade de cuidados de saúde mental prestados na comunidade, próximo do local onde as pessoas vivem;
3. Definição de objectivos e desenvolvimento de potencialidades nas pessoas com doença mental ;
4. Promoção de uma rede de suporte, serviços e recursos adequados às capacidades dessas pessoas;
5. Selecção de serviços e intervenções que tenham uma base científica e que sejam orientados para a recuperação.

Esta última definição reflecte a evolução da psiquiatria comunitária para práticas mais objectivas e fundamentadas pela investigação científica, nas quais a resposta às necessidades, a integração de respostas e o sentido de recuperação são pilares fundamentais.

Para uma descrição mais pormenorizada da evolução histórica da psiquiatria comunitária, remetemos para vários estudos e literatura científica onde ela se encontra amplamente documentada, sendo redundante a sua repetição (Leff, 1997; Xavier, 1999; Thornicrof & Szmukler, 2001; Garrabé, 2004; Burns, 2004; Gelder, 2009; Thornicroft, 2011).

A libertação dos doentes psiquiátricos, muitos deles acorrentados há vários anos, em 1798, pelo médico francês Philippe Pinel, constituiu um marco histórico no início da enorme mudança que viria a ocorrer nos séculos seguintes, no sentido da inclusão social das pessoas com doença mental.

Na sequência do processo iniciado por Pinel e também graças à contribuição de psiquiatras de outros países (e.g. William Tuke em Inglaterra e Dorothea Dix nos EUA), foram desenvolvidas no mundo ocidental instituições de características asilares, destinadas a receber e a tratar estes doentes de uma forma mais humanizada.

O aumento destas instituições, e do número de pessoas internadas, caracterizou o período de predomínio asilar. Em termos históricos, podemos considerar que houve uma evolução, mas esta veio a resultar mais tarde numa segregação dos doentes, e dos serviços de psiquiatria, em locais muitas vezes afastados e com limitada, ou inexistente, articulação com a comunidade.

Neste período ocorreram etapas importantes como o designado movimento de “higiene mental” (1909), promovido por Adolf Meyer (Wortis, 1986) nos Estados Unidos da América, que salientou a necessidade de abertura das práticas asilares à comunidade, e que veio a ter um grande impacto na evolução dos cuidados de saúde mental nesse país. Meyer antecipou alguns dos princípios e práticas da actual psiquiatria comunitária, de que salientamos a sectorização, prevenção, continuidade do seguimento e desenvolvimento de programas assistenciais integrados (Wortis, 1986; Xavier, 1999; Burns, 2004; Gelder, 2009).

As consequências da institucionalização foram descritas na obra *“Institutionalism and schizophrenia”*, de Wing e Brown (1970), onde é descrito um estudo comparativo entre três hospitais psiquiátricos (1960-1968), conhecido por *Three Hospital Study*, e a evolução de doentes com esquizofrenia, durante oito anos, em ambiente institucional com características asilares. Concluíram estes autores que a institucionalização pode contribuir para um agravamento dos sintomas negativos (e.g. anedonia, abolia, alogia, embotamento afectivo e défice de atenção - Andreasen, 1997), tornando estes doentes mais vulneráveis a estímulos sociais e agravando a sua evolução.

Para o segundo período, caracterizado pela diminuição das instituições asilares e desinstitucionalização <sup>4</sup>, contribuiu a descoberta, na área da farmacologia, do que foi considerado o primeiro neuroléptico (clorpromazina em 1952) e dos antipsicóticos que vieram a ser posteriormente utilizados. A evolução na área da psicofarmacologia não foi o único factor determinante, tendo tido igualmente importância as alterações sociais que ocorreram após a segunda guerra mundial.

Neste segundo período verificou-se uma maior consciência social, nomeadamente dos direitos humanos, que, juntamente com um maior acesso das populações aos cuidados de saúde e democratização dos regimes políticos em muitos países ocidentais, criaram um contexto no qual o sistema asilar para as pessoas com doença mental começou a ser posto em causa, e se começaram a procurar alternativas para os mesmos.

O movimento de desinstitucionalização foi diferente no ritmo e na forma, nos vários países e regiões. Nos EUA, por exemplo, na sequência da legislação de saúde mental publicada em 1963 verificou-se a implementação de uma rede nacional de centros comunitários de saúde mental, assistindo-se a uma redução significativa do número de internamentos nos hospitais psiquiátricos num curto período de tempo.

---

<sup>4</sup> Uma das definições de **desinstitucionalização**, mais consensual, foi proposta por Leona Bachrach (1993): “substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços na comunidade, mais pequenos, menos isolados e capazes de constituir uma alternativa para a prestação de cuidados a pessoas com doenças mentais”. Também segundo esta autora, este processo deverá incluir três elementos fundamentais: 1) transferência de doentes internados em hospitais psiquiátricos para estruturas na comunidade; 2) orientação dos novos casos para estas estruturas; 3) desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade, especificamente concebidos para responder às necessidades destes doentes.

No Reino Unido, por seu turno, ocorreu um processo mais progressivo de desinstitucionalização e de desenvolvimento de cuidados de saúde mental na comunidade (Leff, 1997). Estas alterações foram mais consistentes no tempo e mais generalizadas que nos EUA, facto para o qual certamente terá contribuído a existência de um serviço nacional de saúde (*National Health Service*).

Em Itália, a desinstitucionalização foi caracterizada por um ritmo diferente. Verificaram-se alterações rápidas e com forte influência política. Um marco determinante nesta reforma foi a Lei 180, de 1978, que proibiu novos internamentos em hospitais psiquiátricos, os quais passaram a ser efectuados em unidades de internamento de hospitais gerais. O início do desenvolvimento, em simultâneo, de múltiplas estruturas e serviços na comunidade teve igualmente um papel determinante neste processo (Tansella, 1987).

Um dos estudos paradigmáticos do processo de desinstitucionalização foi realizado no Reino Unido pelo TAPS (*Team for the Assessment of Psychiatric Services*), na sequência do encerramento de dois hospitais psiquiátricos de Londres (Friern e Claybury), no qual foi avaliado o impacto, a vários níveis, da passagem de doentes, desses hospitais para estruturas residenciais na comunidade (Leff, 1993, 1997 e 2000; Anderson, 1993).

Dos múltiplos resultados e fases desse estudo, relativo aos doentes que transitaram de forma progressiva para a comunidade <sup>5</sup>, salientamos os seguintes:

- No primeiro ano, após a saída, verificou-se uma diminuição significativa dos sintomas negativos e, após cinco anos, os sintomas psiquiátricos mantinham-se estáveis;
- Houve melhoria do funcionamento e da rede de suporte social, com melhor satisfação dos doentes;
- Foi possível assegurar a continuidade da prestação de cuidados de saúde mental a estes doentes, dos quais apenas uma minoria necessitou de reinternamento;

---

<sup>5</sup> No estudo realizado pelo TAPS (*Team for the Assessment of Psychiatric Services*), os doentes transitaram de dois hospitais psiquiátricos para estruturas na comunidade, de forma progressiva, a partir de 1988, o que permitiu, em termos de investigação, emparelhar grupos de doentes (coortes). Foi assim possível comparar grupos de doentes, que ainda estavam nos hospitais com os que se encontravam na comunidade.



- Não se verificou um aumento no número de suicídios nem da criminalidade. Pelo contrário, constatou-se que os doentes foram mais vítimas de assaltos e de agressões, embora tenham ocorrido numa minoria de casos;
- Inicialmente, os custos dos cuidados comunitários foram ligeiramente inferiores aos dos cuidados hospitalares. Numa fase posterior, e como consequência da necessidade de criar novas estruturas residenciais e inerentes recursos humanos e materiais, designadamente para doentes mais dependentes, os custos passaram a ser ligeiramente superiores, mas com vantagens adicionais, algumas já descritas.

Leff (1997), salienta ainda o risco do desenvolvimento de novos doentes crónicos se não se criar uma rede de cuidados na comunidade estruturada e articulada. Este autor acrescenta que, apesar da evidência científica das vantagens dos cuidados na comunidade para a maioria destes doentes, um grupo reduzido de pessoas com DMG irá necessitar de cuidados de saúde com carácter mais permanente ou específico, que pode justificar a intervenção em unidades a nível hospitalar ou o desenvolvimento de estruturas com respostas equivalentes na comunidade.

O processo de desinstitucionalização condicionou um **aumento de estruturas na comunidade e de profissionais envolvidos, tornando necessária a coordenação das várias respostas**. Em muitos locais, e no início de forma mais evidente nos países anglo saxónicos, surgiram equipas de saúde mental comunitárias e a figura do técnico de referência (*key-worker*) para as pessoas com DMG, tendo-se posteriormente verificado o desenvolvimento de vários modelos de *case management* (ver capítulo 3 da Parte I da dissertação) e de programas mais estruturados (Melzer, 1991; Liberman & Murray, 2001) .

Um desses programas consistiu no Tratamento Assertivo na Comunidade (Stein & Test, 1980), desenvolvido em Madison, nos EUA, no final dos anos setenta, que constituiu um dos modelos paradigmáticos das intervenções realizadas na comunidade para doentes mentais graves, e um dos mais influente, replicado e investigado no âmbito da psiquiatria comunitária.

O estudo de Stein e Test é apenas uma das muitas investigações entretanto realizadas que evidenciaram, em termos científicos, vantagem dos serviços de base comunitária quando comparados com modelos predominantemente hospitalares, com particular relevo para a recuperação de pessoas com DMG (Weisbrod, 1980; Wykes, 1982; Goldberg, 1985; Leff, 1993, 1996; Drake, 2000).

O desenvolvimento de estruturas na comunidade foi acompanhado da diferenciação dos profissionais e das intervenções. Inicialmente com um carácter mais experimental, como se verificou por exemplo nas intervenções psicossociais nos anos setenta e oitenta, estas intervenções posteriormente evoluíram e foram selectivamente fundamentadas pela investigação científica.

Apesar da evidência científica em suporte da efectividade destas intervenções, a maioria dos doentes mentais graves ainda não têm acesso às mesmas (Kessler, 2005; Wang, 2005; Drake, 2005 e 2011; Mueser, 2012). Esta evidência, no entanto, permitiu, na última década, mudanças significativas na forma como as intervenções e os cuidados de saúde mental na comunidade para pessoas com DMG passaram a ser encarados e planeados. Passou a não ser suficiente recorrer apenas a teorias ou opiniões, sendo necessária a contribuição da medicina baseada na evidência (William A., 2004).

As intervenções e estruturas desenvolvidas variaram consoante as circunstâncias e os recursos locais, cuja tipologia e evolução foram sistematizadas por Thornicroft e Tansella (2004 e 2012), através do designado *Balanced Care Model* (modelo de cuidados equilibrados).

Neste modelo, os autores defendem que deverá haver um equilíbrio entre os serviços a nível hospitalar e na comunidade, sendo ambos necessários. Quando realizados no âmbito hospitalar, os cuidados de saúde mental devem ser, preferencialmente, prestados em hospitais gerais. Os mesmos autores referem que, no global, os cuidados prestados devem ser orientados para a comunidade e recorrer a serviços hospitalares apenas quando necessário e por períodos o mais curtos possíveis.

No *Balanced Care Model* é igualmente considerada uma **sequência de desenvolvimento de cuidados, componentes e estruturas, de acordo com os recursos existentes**<sup>6</sup> e de forma a que estes sejam exequíveis e realistas. Nesta sequência foram considerados três níveis de recursos (Thornicroft, 2004, 2011 e 2012):

---

<sup>6</sup> Os níveis de recursos, respectivas estruturas e cuidados, foram identificados por Thornicroft e Tansella (2004), de acordo com a revisão sistemática que efectuaram dos estudos e da literatura existente em várias línguas e em múltiplos países. Nos artigos e livros, publicados por estes autores, em que abordam estes níveis (Thornicroft & Tansella, 2004, 2009, 2012) são descritas, de forma mais pormenorizada, as várias estruturas e estes realçam que as equipas multidisciplinares, de saúde mental comunitárias, representam um componente fundamental e determinante na prestação de cuidados a doentes mentais graves na comunidade.

- Quando existem **poucos recursos**, os cuidados de saúde mental devem ser prestados, essencialmente, a nível dos Cuidados de Saúde Primários, tendo como retaguarda um número reduzido de especialistas de Psiquiatria. Estes devem efectuar consultadoria, para os casos mais graves e complexos, seguir alguns destes casos na consulta externa ou, quando tal for necessário, promover o respectivo internamento;
  
- Para os países ou regiões com um **nível médio de recursos**, adicionalmente aos cuidados anteriores devem ser considerados como serviços essenciais as consultas de psiquiatria em ambulatório, equipas de saúde mental comunitárias, unidade de internamento de doentes agudos, cuidados continuados e suporte residencial de base comunitária, quando for necessária a prestação de cuidados de forma mais regular e prolongada. A estes serviços devem ser acrescentadas estruturas de reabilitação psicossocial que permitam actividades de carácter sócio-ocupacional, formativas ou de colocação profissional;
  
- Nos países ou regiões com um **nível elevado de recursos**, de forma acrescida aos cuidados referidos nos dois níveis anteriores, podem ser criados serviços de saúde mental mais especializados: 1) consultas especializadas para grupos com diagnósticos específicos (e.g. doenças do comportamento alimentar, duplos diagnósticos, perturbações afectivas resistentes aos tratamentos habituais, consultas destinadas a adolescentes; 2) equipas de saúde mental comunitárias especializadas (e.g. equipas de intervenção precoce ou de tratamento assertivo na comunidade ou *assertive outreach teams*); 3) alternativas ao internamento de doentes agudos (e.g. equipas de intervenção na crise, hospitais de dia adequados para receberem determinados doentes agudos); 4) alternativas de apoio residencial, de acordo com as necessidades e as capacidades dos doentes; 5) diversificação e diferenciação dos cuidados de reabilitação ocupacional ou vocacional (e.g. emprego apoiado e protegido, cooperativas de emprego, grupos de ajuda mútua, *club houses*, formação profissional).

A **participação activa do doente e dos familiares no desenvolvimento de cuidados de saúde mental** e o reforço da capacidade de autonomia e decisão destes doentes têm constituído uma das características da evolução recente destes cuidados, com particular relevância quando são desenvolvidos na comunidade e visam promover a respectiva integração social.

A **evolução dos serviços e dos cuidados prestados na área da saúde mental em Portugal** foi influenciada pelo panorama internacional mas teve características, dificuldades e ritmos próprios. De acordo com os níveis de recursos e cuidados em saúde mental sistematizados anteriormente, e apesar da heterogeneidade existente, podemos referir que o panorama nacional se enquadra entre o segundo e o terceiro nível, mas ainda sem a efectivação generalizada dos componentes do segundo nível, nomeadamente dos cuidados continuados e das equipas de saúde mental comunitárias.

Como refere Caldas de Almeida (2007 e 2011), em Portugal, tal como na maioria dos outros países, verificaram-se, nos últimos trinta anos, esforços importantes no sentido de promover uma reestruturação dos serviços de saúde mental, que permitiram substituir progressivamente os cuidados baseados em hospitais psiquiátricos por cuidados mais modernos, diversificados, melhor integrados no sistema geral de saúde e mais próximos das populações.

Até ao início da década de sessenta do séc. XX, a prestação de cuidados pelos serviços públicos, baseava-se, quase exclusivamente, em cinco hospitais psiquiátricos em Lisboa, Porto e Coimbra e seis instituições das Ordens Religiosas, no seu conjunto com características predominantemente asilares e separadas do sistema geral de saúde (Xavier, 1999; Caldas de Almeida, 2011).

No ano de 1963, é criada a primeira Lei de Saúde Mental (Lei 2118/ 1963), na qual é assumida uma política de **descentralização** dos serviços psiquiátricos, que veio a promover a criação, a nível distrital, de Centros de Saúde Mental. Estes centros permitiram, pela primeira vez, prestar cuidados a nível local e lançar as primeiras experiências de trabalho na comunidade e de articulação com os médicos dos Cuidados de Saúde Primários. Através desta lei, Portugal foi dos primeiros países europeus a adoptar os princípios da sectorização e descentralização de cuidados (PNSM, 2007; Caldas de Almeida, 2009 e 2011).

Na sequência dos **primeiros programas de reestruturação dos cuidados de saúde mental**, lançados em 1985 e 1989, além de se ter reforçado a rede de centros de saúde mental a nível distrital, criaram-se então os primeiros centros de saúde mental nas áreas metropolitanas (Caldas de Almeida, 1997 e 2011; Xavier, 1999; PNSM, 2007).

Nos anos oitenta e noventa, registaram-se várias tentativas de criação de novos serviços descentralizados nos locais que continuavam dependentes dos hospitais psiquiátricos e, para além dos centros de saúde mental, foram também criados novos serviços de psiquiatria em vários hospitais gerais (Caldas de Almeida, 1997).

Concordamos com a designação de programas de reestruturação porque efectivamente nesse período não ocorreu um processo de desinstitucionalização, como sucedeu em outros países. Mantiveram-se os hospitais psiquiátricos, aos quais continuavam alocados a maioria dos recursos humanos e financeiros, e onde muitos das pessoas com doenças mentais graves continuaram a viver (PNSM, 2007).

Existiram, em simultâneo, dois modelos de prestação de cuidados: um modelo mais centrado nos hospitais psiquiátricos e outro tendo como base o desenvolvimento de programas e estruturas focadas na prestação de cuidados na comunidade.

Ou seja, nos anos noventa e numa mesma cidade de Portugal, um doente mental grave podia estar a receber cuidados de uma equipa de saúde mental comunitária, a viver com a sua família e a frequentar uma estrutura de reabilitação psicossocial enquanto outro doente, com as mesmas características, igual duração e gravidade da doença, tinha internamentos prolongados e, após a alta, as respostas limitavam-se à referenciação, nem sempre fácil, à consulta externa de psiquiatria.

No entanto, nesse período, ocorreram progressos significativos (Caldas de Almeida, 1997 e 2011 e PNSM, 2007). Para além da criação dos centros de saúde mental e de novos serviços de saúde mental em hospitais gerais, em alguns casos com equipas de saúde mental comunitárias, surgiram ainda vários **projectos e estruturas de reabilitação psicossocial**. Muitos destes projectos de reabilitação foram desenvolvidos por organizações não governamentais e com financiamento do Fundo Social Europeu (e.g. Programa Horizonte, 1992).

As ONG / IPSS tiveram, e continuam a ter, uma função importante na área da saúde mental e da reabilitação psicossocial em Portugal, preenchendo lacunas existentes no SNS ou oferecendo respostas complementares e articuladas com os serviços de psiquiatria públicos.

Com base nas estruturas anteriormente referidas, as respostas mais frequentemente desenvolvidas por essas ONG / IPSS têm sido a nível do apoio ocupacional e residencial, da formação profissional, do emprego protegido, da dinamização de grupos de ajuda mútua (GAM), tendo também estimulado o desenvolvimento de associações de familiares e utentes (CNRSSM, 2007 e PNSM, 2008). Destas ONG fazem parte as Ordens Religiosas, que começaram a desenvolver, de forma gradual, projectos de reabilitação psicossocial e estruturas residenciais na comunidade.

Na sequência do conjunto de esforços e iniciativas desenvolvidas, desde o início dos programas de reestruturação de cuidados de saúde mental em 1985 e 1989, as pessoas com doença mental, e os doentes mentais graves em particular, passaram a dispor, ainda que de forma insuficiente, de um conjunto de respostas e estruturas fundamentais para promover a sua integração na comunidade.

As principais tipologias das estruturas que começaram a ser desenvolvidas foram as seguintes: unidades de dia, fóruns sócio-ocupacionais, residências protegidas (unidade de vida apoiada, protegida e autónoma), centros de reabilitação e de formação profissional, empregos protegidos e apoiados e empresas de inserção social.

Em 1992, foi decidida (Decreto Lei 127/92) a **integração de todos os centros de saúde mental nos hospitais gerais** e esta medida fez com que muitas das reformas em curso na área da saúde mental fossem interrompidas.

Conforme consta num estudo realizado sobre a integração e funcionamento dos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais (CNRSSM, 2007), este processo foi responsável pela perda da autonomia administrativa e financeira dos centros e serviços de saúde mental. Estes passaram a ficar sujeitos a uma lógica predominantemente hospitalar e surgiram, de um modo geral, sérias dificuldades no desenvolvimento de dispositivos e programas na comunidade (Caldas de Almeida, 2011, CNRSSM, 2007).

Nesse mesmo estudo apurou-se, igualmente, que a forma como essa integração ocorreu não contribuiu para uma inclusão favorável da saúde mental no sistema geral de saúde. Um terço dos serviços de saúde mental continuaram a localizar-se fora dos hospitais e, na generalidade dos casos, não foi desenvolvida uma articulação adequada (CNRSSM, 2007).

A maioria das unidades de saúde mental continuaram a não receber apoio da medicina interna e de outras especialidades médicas, considerado pelos responsáveis destas unidades como necessário, para os doentes agudos internados na psiquiatria (CNRSSM, 2007).

Em **1995**, como reacção aos retrocessos descritos, foi promovida pelo Ministério da Saúde uma **Conferência Nacional de Saúde Mental**. As propostas resultantes desse debate foram relevantes para a continuidade da reforma e influenciaram significativamente a actual Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98), bem como o Decreto-Lei nº 35/99 que a regulamenta. A nova legislação estabeleceu os princípios que regulamentam o internamento compulsivo, a defesa dos direitos das pessoas com doença mental e definiu os princípios de organização dos serviços de saúde mental, de acordo com o que é aceite internacionalmente e recomendado pela OMS (2001).

Na sequência da aprovação da nova lei, ocorreram alguns desenvolvimentos importantes. O despacho conjunto nº 407/98, que regulamentou o apoio articulado do sector social e da saúde na prestação de cuidados, e a portaria nº 348-A/98, que possibilitou a criação de empresas sociais e, particularmente, a aplicação prática desta legislação, permitiu que o crescimento, ainda incipiente, das estruturas de reabilitação psicossocial tivesse continuidade (Caldas de Almeida, 2011).

Guterres e Frasquilho (2004) efectuaram um estudo sobre as respostas que surgiram na área da Reabilitação Psicossocial. Em 2001, 754 pessoas com doença mental (a maior parte com DMG) beneficiavam destes cuidados a nível nacional, das quais 473 eram da região de Lisboa e Vale do Tejo. Destes, 299 doentes frequentavam actividades em fóruns sócio-ocupacionais e 99 estavam inseridos em estruturas residenciais (unidades de vida apoiada, protegida e autónoma). Concluíram que, apesar dos progressos verificados, o número de estruturas ainda era muito insuficiente.

Ainda nesse estudo, foi caracterizada a população que frequentava essas estruturas, verificando-se que, na sua maioria, eram homens, solteiros, com o diagnóstico de esquizofrenia, que tinham tido, em média, três internamentos anteriores, com uma média de quarenta anos de idade e de nove anos de escolaridade, e com um rendimento financeiro muito baixo.

De uma forma complementar ao desenvolvimento de estruturas, foi necessário efectuar a formação específica dos profissionais de saúde mental e o desenvolvimento de equipas multidisciplinares necessárias para a implementação desses projectos e para a qualidade dos mesmos .

Um desses programas de formação, promovido pela Direcção Geral de Saúde e financiado pelo Fundo Social Europeu, foi designado *por Rehabilitation Educational Project* – REP (Delgado, Gago e Heitor, 1999). Receberam formação noventa e quatro profissionais os quais, por sua vez, elaboraram trinta e um novos projectos, a maioria dos quais se veio a concretizar.

Em paralelo com a evolução descrita, o número de doentes de evolução prolongada internados nos hospitais psiquiátricos, em Portugal, decresceu gradualmente, desde 1970 até ao ano 2000 (de 3420 doentes para 1386 em 2000). Ocorreu um retrocesso, nesta sequência, entre 2000 e 2005. Posteriormente, esse número continuou a diminuir e essa redução manteve-se após a aprovação do PNSM, em 2008.

No âmbito do PNSM, foram efectuadas várias acções de formação e um dos objectivos consistiu na melhoria da prestação de cuidados a doentes mentais graves, em ambulatório e na comunidade. Muitos dos cerca de cinquenta novos projectos financiados (Projectos Inovadores de Saúde Mental - PISM, 2009) são um exemplo da evolução entretanto verificada a este nível.

Através da legislação criada para os cuidados continuados de saúde mental (Decreto Lei 8/2010), obteve-se o enquadramento para o desenvolvimento de uma série de estruturas fundamentais, em especial para as pessoas com DMG, mas têm surgido dificuldades na sua implementação, nomeadamente a nível do financiamento. Essas estruturas incluem unidades residenciais (residências de treino de autonomia, residências autónomas de saúde mental, de apoio moderado e de apoio máximo), equipas de apoio domiciliário e unidades sócio-ocupacionais.



Para uma caracterização e dados mais pormenorizados das estruturas acima referidas, remetemos para o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), onde consta uma análise da situação nacional a nível da saúde mental.

Apesar da evolução descrita e da legislação já existente, entendemos que ainda falta um longo caminho a percorrer, em relação ao qual a implementação do PNSM (2007-2016) representa um importante desafio.

Os dados obtidos no Estudo Nacional de Saúde Mental (*Mental Health Survey* – Wang et al., 2011), completado em 2010 (Caldas de Almeida, 2011), evidenciaram que apenas 38,9% das pessoas com DMG têm acesso a serviços especializados, e que, existem problemas na acessibilidade e na continuidade dos cuidados.

Na realidade nacional da saúde mental, continuamos a deparar-nos com uma elevada concentração de recursos a nível hospitalar (e.g. a nível dos internamentos), enquanto que os recursos disponíveis a nível de estruturas e de cuidados prestados na comunidade (e.g. equipas / unidades de saúde mental comunitárias) continuam a ser muito escassos. Por outro lado, a falta de autonomia financeira e administrativa de muitos dos serviços de psiquiatria e saúde mental representa uma dificuldade acrescida na correcção desse desequilíbrio.

Entendemos que, para a recuperação das pessoas com DMG, onde se incluem os doentes com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva, são necessárias várias estruturas e intervenções, incluindo as que são desenvolvidas a nível hospitalar. No entanto, ressaltamos que esta dissertação tem subjacente um modelo de cuidados de saúde mental orientados para a comunidade, com base na psiquiatria comunitária moderna, com práticas diferenciadas, integradas e baseadas na evidência científica.

Concluimos esta evolução descritiva, a nível nacional e internacional, fazendo referência, no essencial, ao que alguns autores caracterizam como lições a tirar da experiência desenvolvida a nível da psiquiatria comunitária, nos últimos vinte a trinta anos, (Thornicroft, 2008, 2011; Semrau, 2011; Caldas de Almeida & Killaspy, 2011; Razzouk, 2012; Ito H., 2012):

- A redução do número de camas, nos serviços hospitalares de psiquiatria, deve ser precedida da criação, na comunidades, de estruturas alternativas que respondam às necessidades dos doentes;
- No desenvolvimento de cuidados, programas e estruturas de saúde mental na comunidade devem ser consideradas todas as partes envolvidas (*stakeholders*), incluindo os vários profissionais de saúde, doentes, familiares, direcção dos serviços de psiquiatria, administrações hospitalares, políticos, poder local e organizações não governamentais;
- As alterações realizadas, para a implementação destes cuidados, não devem basear-se em ideologias ou interesses políticos, que podem vir a ser comprometidas em “contraciclos” e mudanças governativas. Estas mudanças serão mais consistentes se tiverem como base fundamentação científica e experiências concretas;
- As respostas e os recursos devem ser orientados para grupos prioritários e vulneráveis, como é o caso dos doentes com psicoses, mas não se podem limitar a estes grupos;
- A distribuição dos recursos humanos e financeiros deve ser alocada de forma adequada e proporcional ao crescimento destes cuidados na comunidade;
- Deverá ser efectuada uma formação específica dos recursos humanos que irão trabalhar para as estruturas nas comunidades, e essa formação deverá ser continuada e supervisionada. A liderança, a motivação e o trabalho em equipa revelaram-se determinantes neste processo;
- Revelou-se fundamental a articulação entre as várias estruturas na comunidade e entre os serviços sociais e de saúde;
- Para a aplicação dos programas de saúde mental na comunidade e respectivas intervenções torna-se fundamental considerar e saber lidar com as barreiras que irão surgir na exequibilidade e implementação dos mesmos, e adaptar estes programas às realidades sociais e económicas dos serviços e sistemas de saúde.

# **Parte I**

## **Capítulo 2**

Intervenções Baseadas na Evidência Científica e  
Recomendações Orientadoras no Tratamento de Pessoas  
com Esquizofrenia ou Perturbação Esquizoafectiva

## 2.1. Características da Medicina Baseada na Evidência Científica e Sua Aplicação na Saúde Mental

Ao longo da história da Medicina, em particular da história mais recente, foram sendo desenvolvidos esforços no sentido de tornar as intervenções médicas cada vez mais fundamentadas na evidência científica.

Para muitos, o “pai” da **medicina baseada na evidência** (*evidence-based medicine*) foi o epidemiologista britânico Archie Cochrane que, nas décadas de sessenta e setenta do séc. XX, defendeu a importância da realização de estudos aleatorizados e controlados para melhorar a metodologia da investigação em medicina. Nessa altura, Cochrane constatou que apenas 15 a 20% da prática médica se baseava em dados científicos (Cochrane A., 1979).

Como homenagem aos seus contributos, o seu nome foi atribuído a uma organização internacional chamada *Cochrane Collaboration* (1999) que actualmente reúne centros, com profissionais de mais de cem países (*Cochrane Centres*), que, entre outros recursos, elaboram revisões sistemáticas muito úteis para fundamentar a prática da medicina baseada na evidência ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)).

Uma das primeiras definições de medicina baseada na evidência, e provavelmente a mais conhecida, foi descrita por David Sackett (1996) como sendo “a utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da evidência científica actualizada para efectuar decisões clínicas referentes a um doente em particular”.

O termo de medicina baseada na evidência começou a ser cada vez mais utilizado a partir dos anos noventa, correspondendo a uma abordagem sistemática, utilizada na prática clínica, baseada na evidência científica, aplicada num determinado momento a um doente específico (Drake, 2003).

Posteriormente, a designação **prática baseada na evidência** tornou-se mais comum (*evidence-based practice*), tendo a sua origem na medicina baseada na evidência e referindo-se à prática de decisões baseadas na evidência utilizadas na área da saúde (Davidoff, 1999).

Uma das definições de prática baseada na evidência mais simples, mas igualmente completa, foi apresentada numa publicação do *Institute of Medicine* nos Estados Unidos da América (2001): “a **prática baseada na evidência consiste na integração da melhor evidência da investigação com as competências do clínico e com os valores do doente**”.

Apesar da sua importância, a prática baseada na evidência também tem recebido **críticas**, nomeadamente: os investigadores nem sempre estão de acordo acerca dos resultados e conclusões dos estudos, a evidência científica pode ser limitada a um determinado grupo de doentes ou contexto e, para muitas situações da prática clínica, não existem estudos disponíveis, incluindo estudos aleatorizados e controlados (Guyatt, 2000).

Na área da Saúde Mental, Drake (2005) salienta limitações mais específicas, como por exemplo, não serem consideradas comorbilidades psiquiátricas e somáticas, não se tomarem em linha de conta os múltiplos factores envolvidos nas intervenções psicossociais e farmacológicas, a opinião dos doentes e familiares nem sempre ser considerada e o contexto clínico real ser, muitas vezes, distinto do que é considerado nos estudos.

Assim, a prática baseada na evidência deve ser utilizada com rigor, mas também com bom senso, e sempre tendo em consideração as circunstâncias específicas de cada doente.

Uma das repercussões da medicina baseada na evidência na área da saúde mental tem consistido no desenvolvimento de **programas cujas intervenções são baseadas na evidência científica** (Mueser, 2011).

Para William Anthony e seus colegas do *Boston University's Center for Psychiatric Rehabilitation* (2004), a influência das práticas baseadas na evidência provocou, desde o início do séc. XXI, **mudanças significativas na forma como as intervenções e os cuidados de saúde mental passaram a ser encarados e planeados**. Passou a não ser suficiente recorrer apenas a teorias ou a opiniões, sendo necessária a contribuição da medicina baseada na evidência.

Robert Drake (2005) salienta que a adopção de práticas baseadas na evidência, na área da saúde mental, tem sido um processo lento e de difícil generalização. Várias investigações têm demonstrado que a maioria das pessoas com problemas de saúde mental, em particular os doentes mentais graves, não recebem essas intervenções (Kessler, 2005; Wang et al., 2005).

Se muitas destas intervenções têm apresentado resultados favoráveis, quais serão os **motivos pelos quais não são mais utilizadas** ?

Drake & Essock (2009) apontaram como possíveis causas para esta situação:

1. Dificuldades de implementação;
2. Problemas na acessibilidade das pessoas com DMG aos cuidados de saúde;
3. Descontinuidade no seguimento ao longo do tempo e entre várias estruturas;
4. Falta de formação dos profissionais e dificuldades em mudarem a suas práticas;
5. Serviços pouco centrados nas necessidades dos doentes;
6. Problemas de financiamento.

Os mesmos autores referiram como exemplo o que se passa nos Estados Unidos da América onde, segundo estes, menos que 5% das pessoas com DMG recebem intervenções psicossociais baseadas na evidência das quais poderiam beneficiar.

Na Europa, o panorama de cuidados aos doentes mentais graves parece ser um pouco melhor e, com base nos dados do *World Mental Health Survey Initiative* (Kessler et al., 2009), os que recebem cuidados minimamente adequados, correspondem a 40 a 50% do total desses doentes. Em Portugal, essa percentagem corresponde a 43,2% mas, em muitos outros países do mundo, em particular nos de mais baixos recursos, esse número é muito inferior (Kessler, 2008).

Será importante referir que, no *World Mental Health Survey (WMHS)*, não foram apurados resultados específicos para a esquizofrenia e foi utilizado um conceito mais lato de doenças mentais graves com base nos respectivos critérios do *United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 1993)*<sup>7</sup>.

**Concluindo, na introdução referimos a existência de uma importante fosso (*mental health gap*) no tratamento das pessoas com doenças mentais graves. Esse fosso, no entanto, será ainda maior se considerarmos que muitos destes doentes não recebem as intervenções baseadas na evidência a que podiam ter acesso, de acordo com o estado da arte.**

---

<sup>7</sup>Crítérios da *United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 1993)* para doenças mentais graves: perturbação mental, ou comportamental, com critérios de diagnóstico, incluindo de duração, correspondentes a um diagnóstico específico de acordo com a DSM III-R e com repercussões significativas em termos de incapacidade ou limitações funcionais a nível familiar, profissional e nas actividades na comunidade. No ***World Mental Health Survey*** estes critérios foram actualizados e acrescidos das seguintes condições: incapacidade funcional devida a doença mental com duas ou mais áreas de funcionamento comprometidas de acordo com a *Sheehan Disability Scale-SDS* (Leon, 1997) ou redução da pontuação na escala *Global Assessment of Functioning-GAF* (Endicott, 1976) menor ou igual a cinquenta e ainda o diagnóstico de perturbação bipolar tipo I, dependência de substâncias com síndrome de privação ou tentativa de suicídio com um diagnóstico de DSM-IV e com a duração de pelo menos doze meses.

## 2.2. Intervenções Baseadas na Evidência Científica e Recomendações Orientadoras Para o Tratamento de Pessoas com Esquizofrenia

A descoberta e o desenvolvimento de fármacos antipsicóticos, registados na segunda metade do séc. XX, foram determinantes para o tratamento da esquizofrenia e a terapêutica psicofarmacológica consiste numa prática baseada na evidência fundamental. Também algumas das intervenções psicossociais, confirmadas como evidência científica, em particular, na última década, têm vindo a constituir um importante contributo para a recuperação destes doentes (Mueser, 2004; Jones, 2008).

As intervenções baseadas na evidência são muitas vezes referidas em simultâneo com as recomendações orientadoras (*guidelines*) mas diferem entre si. As *recomendações*, podem incluir dados dessas intervenções, mas são distintas e incluem outras informações (e.g. através dos consensos de peritos) ou expressam opiniões, directa ou indirectamente, vinculadas a associações científicas ou departamentos governamentais (Drake e Howard, 2001).

Entre as múltiplas *recomendações orientadoras* para o tratamento da esquizofrenia e perturbação esquizoaffective<sup>8</sup> existentes, as mais referidas são habitualmente as elaboradas por: *National Institute for Clinical Excellence* do Reino Unido (*NICE guidelines*, 2009 e 2010), *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* dos EUA (*PORT guidelines*, 2009) e *American Psychiatric Association* (*APA guidelines*, 2009).

Gaebel et al. (2005) identificaram e compararam vinte e sete *guidelines*, a nível internacional, tendo verificado que as maiores diferenças se encontravam nas intervenções psicossociais. As *guidelines*, na sua maioria, recomendavam algum tipo de abordagem familiar e o envolvimento da família no tratamento. Em cerca de metade, foram referidas intervenções psicoeducacionais e reabilitação vocacional, mas na maioria dos casos sem grande detalhe.

---

<sup>8</sup> Muitos dos dados obtidos sobre as intervenções baseadas na evidência para doentes com **perturbação esquizoaffective**, resultaram da análise de estudos em que a amostra da investigação incluía também doentes com esquizofrenia ou outras psicoses. Murru et al. (2011) efectuaram uma revisão sistemática referente aos estudos sobre a perturbação esquizoaffective onde foram identificados estudos aleatorizados e controlados efectuados de forma mais específica com doentes com este diagnóstico (Tran, 1999; Janicak, 2001; Keck, 2001; Chengappa, 2007; Glick, 2009; Canuso, 2010). Foram evidenciadas vantagens das intervenções psicológicas e psicossociais (e.g. psicoeducação, treino de aptidões sociais e abordagem cognitivo-comportamental) quando associadas à terapêutica farmacológica, mas os resultados foram menos consistentes em relação aos obtidos para a esquizofrenia, embora o número de estudos seja também muito menor. Atendendo a estes dados, optámos por apresentar as evidências em conjunto, indicando qual o grupo diagnóstico investigado nos vários estudos e especificando sempre que possível.

Ainda nesse estudo, apenas seis das vinte e sete *recomendações orientadoras* (NICE, PORT e *guidelines* das associações: *Danish Psychiatric Association*, *Finnish Medical Society*, *Norwegian Psychiatric Association* e *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*) davam particular relevância e fundamentavam as intervenções psicossociais e tratamentos na comunidade. Ou seja, segundo estes autores, esse enfoque ocorria mais em países anglo-saxónicos e no norte da Europa.

Gaebel repetiu o estudo mais tarde (2011), desta vez recorrendo a um instrumento de avaliação (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation - AGREE*). Nesta avaliação, as recomendações orientadoras que demonstraram ter melhor qualidade foram as NICE, PORT, APA, RANZCP (da Austrália e Nova Zelandia) e DGPPN (da Alemanha).

Em todas essas **cinco *guidelines***, são recomendadas **intervenções psicossociais para além do tratamento farmacológico**. Também em todas estas *recomendações orientadoras*, e para doentes com esquizofrenia, são indicadas as seguintes abordagens: intervenções familiares, terapia cognitivo-comportamental, reabilitação vocacional (incluindo emprego apoiado) e intervenções de base comunitária, adaptadas às condições e características do respectivo sistema de saúde.

Em relação às **práticas baseadas na evidência científica** para doentes com esquizofrenia, e antes de desenvolvermos especificamente cada uma delas, devem ser explicitados os vários **níveis de evidência**. Estes, apresentam algumas diferenças consoante os autores e as *recomendações orientadoras* mas, no essencial, não são muito diferentes dos propostos por Thornicroft (2003):

- Tipo I - Evidência de, pelo menos, uma boa revisão sistemática ( $\geq 1$  revisão sistemática)
- Tipo II - Evidência de, pelo menos, um estudo aleatorizado e controlado ( $\geq$  EAC)
- Tipo III - Evidência de, pelo menos, um estudo de intervenção não randomizado ( $\geq 1$  estudo de intervenção)
- Tipo IV - Evidência de, pelo menos, um estudo observacional bem desenhado, não randomizado ( $\geq 1$  estudo observacional)
- Tipo V - Opinião de peritos, incluindo também a opinião de doentes e familiares.



Os programas que, per si e no conjunto das intervenções, constituem também práticas baseadas na evidência (e.g. *Assertive Community Treatment e Illness Management Programs*) serão abordados no capítulo cinco, como programas de cuidados integrados.

### 2.2.1. Intervenções Farmacológicas

A evolução dos tratamentos psicofarmacológicos, nomeadamente dos antipsicóticos, desde 1950, foi determinante para permitir perspectivas diferentes e mais favoráveis aos doentes com esquizofrenia. Os resultados obtidos com estes medicamentos têm sido fundamentados em muitos estudos aleatorizados e controlados e em meta-análises, constituindo no global uma intervenção baseada na evidência, tipo I.

Como já referimos anteriormente, o tratamento farmacológico, sendo fundamental, não é hoje considerado suficiente. Sabe-se que, um número significativo de doentes têm problemas na adesão à terapêutica ( $\geq 70\%$ ) e que, em 30 a 40% dos casos, ocorre resistência ao tratamento com os antipsicóticos disponíveis, com manutenção da sintomatologia positiva e negativa (Lieberman e Murray, 2001; Tyrer, 2008).

Não se justificando uma descrição exaustiva dos resultados obtidos com cada um dos antipsicóticos, o que ultrapassaria o âmbito desta tese, referem-se algumas das *guidelines* existentes para o tratamento farmacológico da esquizofrenia e estudos comparativos entre as mesmas.

Na comparação entre vinte e quatro recomendações orientadoras analisadas, relativamente ao tratamento psicofarmacológico destes doentes (Gaebel, 2005), nove recomendavam antipsicóticos de segunda geração como primeira linha, treze recomendavam ambos (antipsicóticos de primeira e de segunda geração) e apenas uma recomendava unicamente antipsicóticos de primeira geração.

Nesse mesmo estudo todas as *guidelines* recomendavam terapêutica com clozapina para a esquizofrenia resistente <sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Existem várias definições de esquizofrenia resistente e estas têm variado ao longo do tempo e consoante os autores (Meltzer, 1990,1999, 2001; Lieberman, 1994; Kane, 1998,1999,2012; Lindermayer, 2004; Suzuki, 2011). Três dos critérios mais utilizados são referidos nas definições de Kane e Meltzer: 1) ausência de resposta a tratamentos anteriores usando pelo menos dois antipsicóticos, por um período indicado (e.g.  $\geq$  a seis semanas) e em doses adequadas; 2) o doente deve apresentar um certo nível de gravidade psicopatológica (e.g. pontuação avaliado pela BPRS  $\geq$  a quatro em pelo menos dois dos itens para sintomas psicóticos); 3) após o tratamento com um ou mais medicamentos antipsicóticos, o doente deve apresentar uma melhora mínima nos sintomas ou ausência da mesma (e.g.  $< 20\%$  na pontuação com o BPRS).

Estas *guidelines*, recomendam, na sua grande maioria, o período mínimo de tratamento de um ano após o primeiro episódio psicótico e de cinco anos para mais do que um episódio. Na ocorrência de sintomas depressivos, nos doentes com esquizofrenia, todas as recomendações orientadoras indicavam tratamento com antidepressivos.

Em Portugal, foram recentemente publicadas pela Direcção Geral da Saúde, não propriamente *guidelines* semelhantes as que temos aludido, mas normas gerais de orientação clínica para a utilização de antipsicóticos (norma 24/2011, 24-9-11 da Direcção Geral de Saúde - DGS , [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt))

Esta norma sumária da DGS segue, de uma maneira geral, as *recomendações* orientadoras internacionais, não estabelecendo preferência entre os antipsicóticos de primeira e de segunda geração, recomendando a utilização de clozapina em situações de esquizofrenia resistente e, nos casos em que há problemas de adesão medicamentosa ou irregularidade na mesma, indicando que deve ser considerado o tratamento injectável com antipsicóticos de libertação prolongada.

### **2.2.2. Treino de Aptidões Sociais**

Para as intervenções baseadas no treino de aptidões sociais (TAS), para doentes mentais graves, foram realizadas mais de quarenta estudos aleatorizados e controlados e, pelo menos, quatro meta-análises que evidenciaram vantagens do TAS (Benton, 1990; Corrigan 1991; Dilk & Bond, 1996; Bellack, 2004). Podemos, no conjunto, considerar estas intervenções com o nível de evidência tipo I.

O treino de aptidões sociais, para doentes com esquizofrenia ou perturbação esquizoaffectiva, pode ser definido como técnicas comportamentais ou actividades de aprendizagem que podem permitir que estes doentes adquiram aptidões que os podem ajudar a melhorar as relações sociais e, assim, também melhorar o respectivo funcionamento na comunidade (Bellack, 1997 e 2004; Liberman, 1998; Tenhula, 2011).

Existem várias formas de desenvolver o TAS e a replicação e comparação das intervenções podem ser facilitadas, se estas forem especificadas e sistematizadas num manual, independentemente da posterior adaptação individualizada das mesmas (Bellack, 2004).

Bellack (1997 e 2004) desenvolveu uma intervenção passo a passo, com um manual próprio, que tem sido aplicada e replicada em vários contextos, com resultados em geral bons, nomeadamente na melhoria das aptidões sociais e do funcionamento social.

Também de acordo com este autor, e os estudos por ele realizados, para que o TAS seja eficaz, as sessões devem ser regulares, sendo aconselhável que se realizem duas a três vezes por semana, com grupos de quatro a dez doentes e com duração de cada sessão entre quarenta e cinco a noventa minutos. Estas sessões destinam-se habitualmente a doentes que estão a viver na comunidade onde estas aptidões podem ser aplicadas. O programa no seu conjunto tem uma duração de seis meses a dois anos.

Apesar da efectividade demonstrada nos estudos do TAS, com base nas investigações realizadas nas últimas três décadas, mantém-se sempre a questão: será que as aptidões adquiridas num centro de reabilitação ou serviço de psiquiatria serão generalizáveis no meio onde o doente vive ou irá viver ?

Se os programas forem estruturados nesse sentido e os doentes receberem apoio dos profissionais de saúde mental, na adaptação das aptidões adquiridas ao local onde estes vivem ou irão viver, essa generalização poderá ser facilitada (Glynn, 2002; Xiang, 2007). O mesmo pode acontecer se a família for envolvida nesse processo (Kopelowicz, 2003).

A associação do TAS com intervenções familiares tem sido investigada, com vantagens e potenciação dos resultados, como sucedeu nos estudos de Hogarty (1986, 1991 e 1997).

As recomendações orientadoras da NICE, PORT e da APA, salientam muitos dos resultados que já referimos e recomendam o acesso dos doentes com esquizofrenia ao treino de aptidões sociais, em particular os que têm mais dificuldades na interacção social.

Nas PORT *guidelines* acrescentam que, apesar de terem sido efectuados estudos que evidenciaram a manutenção das aptidões durante um período de um ano após o TAS (Mueser, 1995 e 2005), devem ser efectuadas investigações adicionais e por períodos mais prolongados, para se obterem resultados mais consistentes.

### **2.2.3. Intervenções Familiares**

As intervenções familiares na esquizofrenia, nomeadamente determinados modelos, foram objecto de múltiplos estudos aleatorizados e controlados e de várias meta-análises, sendo habitualmente consideradas como tendo um nível de evidência tipo I (Falloon, 1982; Leff, 1994; Tarrier, 1988; Philling, 2002).

Os estudos sobre as intervenções familiares na esquizofrenia apontam no sentido destas poderem contribuir para uma redução significativa do número de recaídas e de internamentos, pressupondo, também um manejo farmacológico concomitante (Falloon, 2005; Gonçalves-Pereira, 2006).

Como refere Gonçalves-Pereira (2006), quando falamos de intervenções familiares podemos estar a abordar modelos ou conceitos distintos e também com níveis de evidência díspares (e.g. terapia familiar, intervenção unifamiliar, grupos para familiares, grupos multifamiliares ou psicoeducação de famílias).

Também de acordo com este autor, e vários estudos realizados, as intervenções unifamiliares (e.g. Terapia Familiar Comportamental de Falloon, 1984) têm, no global, apresentado melhores resultados do que as intervenções com grupos de famílias que envolvem também os doentes (e.g. abordagem integrada de Leff e Vaughan, 2000). Por outro lado, estas últimas têm apresentado vantagens em relação às intervenções com grupos multifamiliares, apenas destinados às famílias (e.g. uma das intervenções descritas por Mcfarlane, 1995).

Apesar da heterogeneidade dos seus formatos e conteúdos, a maioria destas intervenções inclui informação sobre a doença e tratamento, prevenção de recaídas, técnicas de resolução de problemas, abordagem dos padrões de comunicação das famílias e melhoria dos mesmos, desenvolvimento de competências e reforço da rede social de apoio (Magliano et. al., 2005).

Nas *NICE guidelines* (2009 e 2010) são referidos trinta e dois estudos aleatorizados e controlados relativos às intervenções familiares, e os resultados são muito consistentes. Quando comparados os grupos que receberam esta intervenção em relação aos que receberam os cuidados convencionais, os primeiros tiveram muito menos recaídas, durante o período da intervenção e nos seis a doze meses seguintes.

Nesses mesmos resultados, os grupos que receberam intervenção familiar também reduziram o número de internamentos dos doentes e diminuíram a gravidade dos sintomas (durante a intervenção e até vinte e quatro meses depois). Estas intervenções também podem contribuir para melhorar o funcionamento social e a informação sobre a doença dos doentes e familiares, mas estes últimos resultados só foram apurados em alguns estudos.

#### **2.2.4. Terapia Cognitivo-comportamental**

Um dos primeiros casos descritos por Aaron Beck, no início do desenvolvimento da psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) nos anos sessenta (século XX), foi uma intervenção num doente com psicose (Beck, 1952).

Entretanto, outras intervenções pontuais ocorreram, mas só no fim da década de oitenta, e de forma mais evidente nos anos noventa, foram desenvolvidas, de forma mais sistemática, intervenções cognitivo-comportamentais para pessoas com esquizofrenia e perturbações psicóticas em geral (Turkington, 2006).

Anteriormente, verificou-se um certo cepticismo em relação às intervenções psicoterapêuticas para a esquizofrenia e, segundo alguns autores, elas seriam mesmo contra-indicadas (Stanton, 1984 e Gunderson, 1984).

Para o desenvolvimento da **terapia cognitivo-comportamental para pessoas com perturbações psicóticas** foi necessária a estruturação de intervenções mais específicas e a realização de vários estudos, que foram progressivamente sustentando, esta abordagem, com resultados mais consistentes, reforçados por meta-análises entretanto realizadas (Perris, 1994; Kingdon, 1995 e 2008; Kuipers, 1997; Turkington, 2006; Rathod, 2008).

Neste processo evolutivo surgiram intervenções mais abrangentes, menos confrontativas e mais centradas no doente. Em termos conceptuais, a TCC integrou também o modelo bio-psico-social (Engel, 1977)<sup>10</sup>, de stress-vulnerabilidade (Zubin e Spring, 1977) e o modelo da recuperação (*recovery*).

---

<sup>10</sup> **Modelo Bio-psico-social:** descrito por George Engel (1977) que considerou necessário para a compreensão do “sofrimento humano” e do adoecer, não só atender aos aspectos biológicos mas também às dimensões psicológicas e sociais. Não negou a importância da evolução na área biomédica no séc. XX mas criticou o reducionismo da abordagem técnica na qual o doente pode corresponder a um objecto, esquecendo-se a abordagem holística do ser humano e a sua experiência subjectiva e individual. Segundo este autor, as variáveis psicológicas e sociais são também determinantes na susceptibilidade, gravidade e evolução da doença. Este modelo foi posteriormente desenvolvido por vários autores e em diversas áreas do conhecimento.

O **Modelo stress-vulnerabilidade**, foi descrito por Zubin e Spring (1977) que desenvolveram uma perspectiva abrangente da esquizofrenia na qual, as fases agudas da doença seriam determinadas pela vulnerabilidade individual e pelos factores de *stress* externos a que a pessoa estaria sujeita. Quanto maior fosse a vulnerabilidade menos intensos necessitariam de ser os factores de *stress* para o indivíduo ficar doente, verificando-se também o inverso (menor vulnerabilidade implicaria maior intensidade dos factores externos).

Assim, os factores genéticos e neonatais seriam determinantes dessa vulnerabilidade e, os factores de *stress* dependeriam essencialmente do ambiente e dos acontecimentos de vida. Essa vulnerabilidade poderia também ser adquirida, por exemplo, através de doenças infecciosas ou traumáticas que afectem o SNC.

Uma característica fundamental, que justifica a ampla utilização deste modelo na terapia cognitivo-comportamental na esquizofrenia e, nas intervenções psicológicas e psicossociais em geral, consiste na possibilidade do doente ter um papel activo no seu tratamento. Este poderá desenvolver estratégias de *coping* e aptidões que lhe permitam lidar melhor com os factores de *stress*.

Posteriormente, vieram a ser efectuadas várias adaptações ou desenvolvimentos do modelo de stress-vulnerabilidade (e.g. Nuechterlein, 1984 e 1994; Luxton, 2005; Mueser, 2005). Na adaptação efectuada por Mueser (2004) este referiu que a evolução da esquizofrenia, num determinado doente, irá depender de uma conjugação de factores biológicos com factores psicossociais.

Na integração de várias perspectivas, este último autor, acrescentou que a vulnerabilidade biológica é determinada por factores genéticos e neonatais, enquanto que, a medicação antipsicótica poderá contribuir para minimizar essa vulnerabilidade ou a expressão da mesma e, os consumos de substâncias adictivas podem vir a representar factores de agravamento. Nos factores psicossociais incluiu as situações de *stress* e a possibilidade de diminuir ou anular o impacto negativo das mesmas, melhorando a capacidade do doente em lidar com essas situações e reforçar o seu suporte social.

Nas NICE *guidelines* (2009) foram considerados trinta e um estudos aleatorizados e controlados referentes à TCC para a esquizofrenia, e foi efectuada uma meta-análise. Os resultados foram consistentes em relação à existência de vantagens da TCC para estes doentes, no que diz respeito à redução do número e duração dos internamentos, à melhoria do funcionamento social e ao manejo dos casos resistentes ao tratamento psicofarmacológico. Nestas *guidelines* e para a TCC na esquizofrenia, foi recomendado um período superior a seis meses e um número de sessões de psicoterapia superior a dez.

Nos EUA, as recomendações oriundas da PORT, bem como as *guidelines* da APA, referem a TCC como umas das intervenções a considerar no tratamento destes doentes, aconselhando a sua utilização como uma intervenção baseada na evidência.

Na sequência das aplicações da TCC à esquizofrenia, surgiram abordagens mais simplificadas, realizadas no contexto clínico das equipas de saúde mental comunitária, nomeadamente por enfermeiros de saúde mental pertencentes a estas equipas e após estes terem recebido formação adequada (D. Turkington, 2002).

Não se trata de uma psicoterapia formal mas de uma abordagem breve e integrada que inclui alguns dos componentes da terapia cognitivo-comportamental. Designaremos esta intervenção por **abordagem cognitivo-comportamental breve para doentes com esquizofrenia e outras psicoses**.

Um dos estudos sobre esta abordagem, denominado *Insight Study* (ver capítulo 5), foi desenvolvido por Douglas Turkington e David Kingdon (Turkington, 2002), psiquiatras ingleses que são referência no desenvolvimento da TCC para as psicoses e também de programas integrados para doentes com esquizofrenia.

Os componentes desta abordagem (manual em anexo 9) incluíram: avaliação inicial, desenvolvimento de uma relação terapêutica, formulação e explicações alternativas para a doença, estratégias de *coping* em relação aos sintomas, prevenção de recaídas, trabalho psicoeducativo e uma breve intervenção familiar.

A possibilidade dos terapeutas de referência que têm contacto regular com os doentes com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva realizarem uma abordagem cognitivo-comportamental breve poderá permitir uma maior acessibilidade destes doentes às intervenções psicológicas e psicossociais, actualmente consideradas como práticas baseadas na evidência.

### 2.2.5 Reabilitação vocacional e emprego apoiado

A **taxa de desemprego das pessoas com esquizofrenia** apresenta valores, em **geral, superiores a 85 %**, variando consoante os países e as realidades locais (Becker, 2003). Se a compararmos com as taxas de desemprego nacionais, mesmo nos países onde estas são elevadas, as diferenças são muito grandes. Por outro lado, se essa comparação for feita ao longo do tempo, verificamos que ocorreu alguma evolução positiva nas últimas décadas, embora ainda muito limitada.

Quando é possível as pessoas com esquizofrenia terem uma actividade profissional, esta contribui, geralmente, para uma maior autonomia e uma melhor integração na sociedade (Mueser, 2011). Sabemos, no entanto, que o desemprego tem aumentado na maioria dos países ditos “desenvolvidos”, o que naturalmente afecta a possibilidade de emprego das pessoas com esquizofrenia.

Alguns estudos referem que apenas 10 a 25% das pessoas com doença mental grave conseguem emprego e quando a taxa de desemprego para a população em geral sobe acima de valores de 6 a 10 % essa colocação torna-se mais difícil, excepto se forem tomadas medidas específicas de apoio ao emprego das pessoas com doença mental grave (Lehman & Steinwachs, 1998).

Até aos anos noventa (séc. XX), foram desenvolvidos predominantemente empregos protegidos e actividades vocacionais em cooperativas ou empresas de inserção social que foram, e ainda são, processos importantes para promover a reabilitação psicossocial e vocacional destes doentes (Anthony W., 1998; Pratt C., 1999; Liberman, 2008).

Em 1989, Paul Wehman, da Universidade de Virgínia nos EUA, descreveu um processo em que os doentes com deficiências eram integrados no mercado “normal” de trabalho, inicialmente com apoio mas progressivamente tornando-se mais autónomos. Esta abordagem foi designada de emprego apoiado (*supported employment*) e, posteriormente, foi adaptada a pessoas com problemas de saúde mental, incluindo doentes com esquizofrenia (Drake, 1999; Cook, 2005; Burns, 2009).



O **emprego apoiado, em ambiente habitual e competitivo de trabalho** com o suporte adequado e treino no local de trabalho, **tem apresentado significativas vantagens** em comparação com outras alternativas. A efectividade do emprego apoiado foi avaliada em pelo menos dezasseis estudos aleatorizados e controlados, tendo apenas um deles apresentado resultados menos favoráveis (Bond , 2007).

As pessoas com doença mental grave que frequentaram a modalidade de emprego apoiado adquiriram mais facilmente um posto de trabalho efectivo do que as que estiveram num emprego protegido (Bond, 2007).

Também se verificou que os doentes que transitaram mais rapidamente para o mercado “normal” de trabalho apresentaram até três vezes mais possibilidades de manter o trabalho, em comparação com os que efectuaram uma transição gradual (Bond & Dincin, 1995).

Outros autores (Drake et al.,1996 e 1998) salientaram as vantagens da associação do emprego apoiado com o modelo de *case management*, com acompanhamento individualizado e assertivo.

Concluindo, a modalidade do emprego apoiado é actualmente considerada, para os doentes com esquizofrenia, uma intervenção com um nível de evidência tipo I e nesse sentido também é referida nas recomendações orientadoras da NICE, da PORT e da APA.

Assim, as *NICE guidelines* recomendam que o emprego apoiado seja considerado na reabilitação vocacional dos doentes com esquizofrenia que queiram regressar ou obter um trabalho. No entanto, acrescentam que essa não deve ser a única alternativa e que devem existir outras opções que permitam o acesso a actividades sociais e ocupacionais.

#### **2.2.6. Psicoeducação**

Os doentes com esquizofrenia e os familiares devem ter direito a receber a adequada informação sobre a doença e o tratamento, inclusive para poderem participar activamente na sua recuperação e na partilha de decisões (Mueser, 2002).

Pekkala e Merinder (2002) definem psicoeducação para os doentes mentais graves, como sendo a informação e educação prestada ao doente e família acerca do seu problema de saúde, nomeadamente sobre o diagnóstico, tratamento, prognóstico, recursos disponíveis e respectivos direitos e deveres.

Numa revisão sistemática sobre intervenções psicoeducativas na esquizofrenia (Pekkala, Cochrane Database, 2002) os resultados foram indicativos de que estas intervenções podem contribuir para melhorar a informação dos doentes, mas sem impacto significativo a nível do *insight* e nas atitudes em relação à medicação.

Na actualização desta última revisão (Xia, Cochrane Database, 2011) foram referidas vantagens adicionais da psicoeducação na satisfação dos doentes e, em alguns estudos, foram verificadas melhorias no funcionamento social e na qualidade de vida.

Apesar da evolução positiva verificada entre os resultados da revisão sistemática de 2002 e a de 2011, os seus autores acrescentaram que a diversidade das metodologias utilizadas nas intervenções psicoeducativas, e em muitos casos a simultânea aplicação com outras intervenções, dificultaram a comparação entre as mesmas, sugerindo a realização de estudos adicionais neste domínio.

Para outros autores (Barrowclough, 1987; Tarrier, 1988; Kindgon, 2004; Turkington, 2006; Mueser, 2011), poderá ser mais relevante a forma como a informação é transmitida do que o seu conteúdo. Consideram útil uma abordagem flexível, adaptada às características individuais do doente, à fase da doença em que este se encontra e à forma como este compreende e lida com os sintomas.

Mueser (2002) salientou as limitações da suposta psicoeducação, se esta se limitar a sessões em que os profissionais fazem exposições didácticas sobre a doença e o tratamento. Ultimamente outros autores (Hogarty, 2002; Mueser, 2002 e 2011; Turkington, 2006 e Kingdon, 2008), têm vindo a considerar ser mais adequado que a psicoeducação seja baseada nas experiências vividas pelo doente e no seu modelo explicativo da doença.

Nas recomendações orientadoras do NICE (2009) é salientada a dificuldade de distinguir de forma específica a intervenção psicoeducativa. São também referidas muitas áreas de sobreposição, porque a psicoeducação está incluída em muitas outras intervenções (e.g. intervenção familiar, terapia cognitivo-comportamental e prevenção de recaídas). Não são efectuadas recomendações específicas mas estas *guidelines* indicam que deve ser prestada uma informação sobre a doença e tratamento aos doentes com esquizofrenia e seus familiares.

As *guidelines* da APA destacam em particular a psicoeducação familiar e as suas vantagens na diminuição de recaídas na esquizofrenia. As PORT *guidelines*, por seu turno, salientam que os resultados das intervenções psicoeducativas, no sentido de melhorarem a adesão terapêutica, não têm apresentado resultados consistentes e que devem ser investigadas estratégias adicionais.

### 2.2.7. Prevenção de Recaídas

Apesar dos avanços verificados no tratamento da esquizofrenia, a maioria dos doentes com este diagnóstico sofre recaídas (Birchwood, 2000). As taxas de recaída variam consoante os estudos e as intervenções. De acordo com um estudo de Robinson (1999), durante os cinco anos após os doentes terem tido um primeiro episódio psicótico, e para os que vieram a ter o diagnóstico de esquizofrenia e perturbação esquizoaffective, ocorreram 81,9% de recaídas.

Uma das abordagens para a prevenção de recaídas com resultados favoráveis consiste na **identificação de sintomas precoces de aviso**<sup>11</sup> (*early warning signs*) (Falloon, 1996; Smith, 1989; Birchwood, 1995 e 2000).

Cinco estudos aleatorizados e controlados realizados com esta abordagem apresentaram vantagens na prevenção de recaídas de doentes com esquizofrenia (Herz, 2003), o que permite considerar esta intervenção uma prática baseada em evidência tipo II.

Nas recomendações orientadoras para a esquizofrenia que temos vindo a referir não são apresentados resultados específicos para esta intervenção. Esta está habitualmente incluída em programas integrados, nas intervenções familiares, nas terapias cognitivo-comportamentais ou em outras abordagens compreensivas.

Neste contexto, o termo “precoces” significa que antes de uma eventual crise psicótica ocorrem manifestações prévias e muitas vezes com características específicas para cada doente (*relapse signature*), que podem antecipar a crise num período de quatro ou mais semanas (Herz, 1995 e 2000; Wiedemann, 1994).

---

<sup>11</sup> Desde 2003 e na sequência de um curso efectuado com Smith J. sobre prevenção de recaídas nas psicoses, temos vindo a utilizar a designação de **sintomas precoces de aviso** na tradução adaptada de *early warning signs*. No contexto nacional, em algumas equipas de saúde mental e estruturas de reabilitação psicossocial e, para o mesmo significado, também tem sido utilizada a denominação de sintomas precoces de alerta. A primeira designação é utilizada, com frequência, nas intervenções familiares na esquizofrenia, para conteúdos relativamente semelhantes (Gonçalves-Pereira, 2007). No sentido de contribuir para uma uniformização optámos por utilizar a tradução de sintomas precoces de aviso.

Birchwood (2000) distinguiu estes sintomas precoces de aviso dos pródromos, porque, na sua perspectiva, estes últimos implicariam, de acordo com o respectivo conceito clínico, que a evolução para a crise não poderia ser interrompida. O que se pretende com esta intervenção é exactamente o contrário. Ou seja, detectar esses sintomas de alerta e intervir o mais breve possível para evitar a recaída.

O mesmo autor acrescentou que os sintomas precoces de aviso podem ser mais inespecíficos (e.g. alterações do humor, isolamento, alterações dos padrões de sono e do apetite, alterações do comportamento) ou mais característicos da pessoa (e.g. no vestir, nas músicas que passa a ouvir, ir ou deixar de ir a determinados locais).

Esta intervenção pode ser efectuada individualmente ou em grupo e com ou sem a participação da família. Exige algum tempo e, com frequência, os doentes têm dificuldade em identificar os seus sintomas precoces de aviso. A interacção de um grupo de doentes e a participação da família podem facilitar essa tarefa (Smith 1989; Birchwood, 1995 e 2000).

Esta intervenção tem várias etapas e numa primeira fase termina com a elaboração de um **plano de prevenção de recaídas** (anexo 4). Nesse plano deve constar o tipo de crises mais frequentes, os sintomas precoces de aviso, quando surgiram esses sintomas, o que o doente poderá fazer, a quem poderá pedir ajuda e de que forma (Smith, 2000).

Smith (2003), na sequência da sua prática clínica e dos estudos realizados, salientou as seguintes vantagens e desvantagens da aplicação desta intervenção:

- Vantagens: participação do doente no seu processo de recuperação, envolvimento da família, diminuição do número de recaídas e dos internamentos;
- Desvantagens: alertas frequentes da parte dos doentes e seus familiares sem significado clínico relevante (falsos positivos), que foram mais frequentes nas fases iniciais da intervenção; abordagem mais focada nos sintomas e na doença, esquecendo a globalidade da pessoa e do seu processo de recuperação.

Concluindo, a prevenção de recaídas poderá ser útil, nomeadamente se forem utilizados métodos baseados na evidência científica, como a intervenção paradigmática anteriormente referida de abordagem dos sintomas precoces de aviso.

Para além da formação adequada dos profissionais e restantes partes envolvidas, estas intervenções exigem capacidade de resposta e disponibilidade dos mesmos. As respostas, para serem eficazes, têm que ser dadas num curto período de tempo (Birchwood, 2000). Nestes casos, de nada servirá o doente efectuar um pedido de ajuda, se o psiquiatra e os outros profissionais só o avaliarem meses depois.

### **2.2.8. Remediação Cognitiva (*Cognitive Remediation*)<sup>12</sup>**

As alterações e défices cognitivos reflectem-se no nível de funcionamento ou inversamente na incapacidade do doente com esquizofrenia e sabemos hoje que esses défices iniciam-se antes de surgirem os sintomas. Esses défices podem agravar-se com a evolução da doença e, para intervir nessa área, têm sido desenvolvidos vários programas, com a designação geral de *remediação cognitiva*; (Medalia, 2005 e 2009; Wykes, 2001, 2007 e 2012; Tyrer, 2008).

As principais alterações cognitivas habitualmente atribuídas à esquizofrenia incluem alterações da memória de trabalho (Brenner, 1994), défices de atenção (Oltmanns, 1975 e 1985; Neale, 1985) e problemas na função executiva (Weinberger et al., 1997).

Para promover uma uniformização nos métodos de avaliação a nível das alterações cognitivas, um painel de peritos também conhecido por MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia consensus panel*, Kern et al., 2004) identificaram oito domínios mais específicos: atenção, velocidade de processamento, memória de trabalho, aprendizagem verbal e memória, aprendizagem visual e memória, raciocínio e resolução de problemas, compreensão verbal e cognição social.

As *guidelines* NICE referem que, no conjunto dos estudos realizados, não foram ainda apuradas evidências consistentes para as intervenções designadas por *remediação cognitiva*.

---

<sup>12</sup> A designação *cognitive remediation* tem tido várias traduções ou adaptações para língua portuguesa de que são exemplo: *remediação cognitiva* (Serra, Palha, Figueira, Teixeira et al., 2010), *reparação cognitiva* (Gonçalves-Pereira, 2009) e mais raramente de *estimulação cognitiva*. Os termos de **remediação cognitiva** têm vindo a ser os mais utilizados e, apesar de não existir uma correspondência semântica absoluta com os termos em inglês, optámos por os utilizar nesta dissertação. Alguns dos autores (Wykes, 2001 e 2007; Wexler, 2005) também utilizam o termo “*cognitive rehabilitation*” que nem sempre corresponde ao mesmo significado de “*cognitive remediation*” mas por vezes é utilizado indistintamente ou em sentido lato.

As *guidelines* da PORT e da APA são mais favoráveis, embora também apontem algumas limitações à remediação cognitiva na generalização dos resultados para o meio familiar e social onde vivem os doentes. São referidos trinta e três estudos aleatorizados e controlados, mas na sua maioria avaliaram dimensões neuropsicológicas. Estas duas últimas *guidelines* concluem que, apesar de alguns resultados promissores, ainda serão necessários estudos complementares para a remediação cognitiva se tornar uma recomendação mais consistente.

Para completar este capítulo apresentamos a Tabela 1 com as principais intervenções e níveis de evidência no tratamento de doentes com esquizofrenia:

**Tabela 1- Intervenções e níveis de evidência no tratamento de doentes com esquizofrenia**

Intervenção /tratamento	Nível de evidência*	Comentários
Intervenção farmacológica	I	O tratamento com psicofármacos é fundamental para as restantes intervenções terem resultados.
Treino de aptidões sociais	I	Melhoria do funcionamento social.
Intervenções familiares	I	Diminuição das recaídas e de internamento. Diminuição da sobrecarga (burden disease) familiar.
Terapia cognitivo-comportamental	I	Diminuição de sintomas persistentes após o tratamento farmacológico, do número de internamentos e duração dos mesmos. Possíveis melhorias no funcionamento social.
Emprego apoiado	I	Vantagens na obtenção de um posto de trabalho e na transição para o mercado competitivo de emprego.
Psicoeducação	II / III	Melhorias na satisfação e na informação sobre a doença e o tratamento. Quando utilizada com outras intervenções, ou num programa integrado, os resultados foram melhores.
Prevenção de recaídas	II	Diminuição do número de recaídas e de internamentos
Remediação cognitiva	II	Possíveis melhorias a nível cognitivo e, em alguns estudos, melhoria do funcionamento vocacional.
<i>Illness Management</i> ** <i>Programs</i> (programas de manejo pessoal da doença)	II	Melhoria da informação sobre a doença e no saber lidar com os sintomas. Possíveis melhorias na adesão terapêutica e na diminuição de recaídas e de internamentos.
Tratamento ** Assertivo na Comunidade	I	Diminuição do número de internamentos e duração dos mesmos, melhoria clínica, da continuidade de cuidados e da satisfação. Possíveis benefícios no funcionamento social e na qualidade de vida.

Tabela adaptada de Tyrer P. (2008) e Mueser (2004 e 2011)

\*Considerando a classificação de Thornicroft anteriormente apresentada;

\*\* Intervenções desenvolvidas no capítulo de programas de cuidados integrados

# **Parte I**

## **Capítulo 3**

Modelos da Gestão de Casos (*Case Management*)  
e Programas de Seguimento Assertivo na Comunidade

### 3.1. Conceitos, Definições e Princípios da Gestão De Casos

#### **(*Case Management*) em Saúde Mental**

No decurso dos processos de desinstitucionalização, e no desenvolvimento de múltiplos serviços de saúde mental e estruturas na comunidade, surgiram dificuldades na organização e coordenação dos cuidados prestados e dos profissionais envolvidos (King, 2007; Liberman & Murray, 2001 e 2012; Thornicroft, 2011).

Os modelos de gestão de casos (*case management*)<sup>13</sup> em saúde mental surgiram como uma das respostas às dificuldades acima referidas, tendo estado de início muito ligados à desinstitucionalização e ao desenvolvimento de centros de saúde mental comunitária, nomeadamente nos EUA, nos anos setenta do séc. XX (Sledge, 1995).

A rápida expansão de serviços e estruturas na comunidade, nos anos sessenta e setenta, inicialmente dificultou a coordenação de respostas, em particular para os doentes mentais graves. Estes doentes facilmente deixavam de ir às consultas nos centros de saúde mental ou iam de modo irregular (Melzer et al., 1991).

Em 1975, o *National Institute of Mental Health (NIMH)* nos EUA contribuiu para o aparecimento do *Community Support Program* (1975), no qual foi recomendado que os serviços tivessem como principal foco a comunidade e que um profissional (*case manager*) coordenasse as várias respostas de uma forma mais organizada, estruturada e individualizada.

O conceito de *case management* é claramente anglo-saxónico na sua génese e desenvolvimento e reflecte não só a evolução da prestação de cuidados de saúde mental, mas também características das sociedades americana e inglesa (Lima P., 2004).

---

<sup>13</sup> A nível nacional, a designação de gestão de casos, na área da saúde mental, não está generalizada, muitas vezes é utilizada num sentido mais lato, em contextos e com sentidos diferentes e nem sempre correspondente aos conceitos atribuídos aos termos originais, em inglês, de ***case management***. À semelhança de outros autores (Xavier, 1999; Lima, 2004) optámos por utilizar a designação inglesa, em itálico, e quando ocorrer a repetição destes termos também poderá ser utilizado o respectivo acrónimo (CM), como consta na lista de abreviaturas.



Leona Bacharach (1993) constatou que, mesmo nos países anglo-saxónicos, não existe consenso sobre qual a melhor ou mais precisa definição do modelo do *case management*, mas que, apesar disso, é um conceito muito utilizado e **central na prestação de cuidados e na organização de serviços, nomeadamente para pessoas com doença mental grave.**

Uma das definições mais consensuais de *case management* foi apresentada por Graham Thornicroft (1993), que definiu este modelo como a “**coordenação, integração e prestação de cuidados individualizados com recursos limitados e diversificados**”.

Numa perspectiva mais relacionada com o doente, *case management* é um processo através do qual a pessoa com doença mental grave é apoiada, de modo a ter acesso aos vários serviços de que precisa e que deseja (Anthony W., 2002).

A nível da organização de serviços, o conceito de *case management* não é uma intervenção per si, mas essencialmente um processo no qual as várias intervenções e cuidados podem ser prestados, de acordo com um conjunto de princípios e objectivos (Holloway, 1991).

Em relação aos princípios gerais de *case management*, estes foram sumarizados da seguinte forma por Thornicroft (1991 e 1993): acessibilidade aos serviços, resposta às necessidades dos doentes, continuidade de cuidados e intervenção orientada para promover a autonomia e defesa dos direitos do doente (*advocacy*).

Nos EUA, Bacharach (1993) considerou, para além dos princípios referidos anteriormente, a importância da abordagem individualizada, da flexibilidade, da continuidade e da qualidade da relação do técnico de referência<sup>14</sup> com o doente. A participação activa do doente, a articulação entre as várias estruturas e o reconhecimento de factores culturais que possam intervir no tratamento foram outras características salientadas.

---

<sup>14</sup> Em Portugal, na área da saúde mental e em particular nas estruturas de reabilitação psicossocial, a designação, correspondente ao termo de *case manager*, mais utilizada tem sido a de **técnico de referência**. Esta foi também a designação consensual incluída nas conclusões de uma reunião promovida pela então Coordenação Nacional para a Saúde Mental, em 2008, na Curia, com pessoas de vários grupos profissionais e de vários serviços de saúde mental do país. Assim, iremos utilizar a designação de técnico de referência, mas sempre que as respectivas funções se enquadrem no **modelo clínico de case management** e também de acordo com as características enunciadas na tabela 5, esta será substituída pelos termos **terapeuta de referência**. Esta última será a mais utilizada na presente dissertação e, quando utilizado o acrónimo TR este corresponderá a terapeuta de referência.

Como objectivos comuns aos vários modelos de *case management*, podemos considerar, de acordo com Liberman e Murray (2001), os seguintes: **manter o contacto com o doente, assegurar a continuidade de cuidados, coordenar as várias intervenções, reduzir o número e a duração dos internamentos, contribuir para a melhoria clínica, do funcionamento social e da qualidade de vida.**

Em alguns países, a designação de *case management* não se limitou ao contexto clínico e, de um carácter mais informal, passou a ser utilizada em termos oficiais, nas políticas de saúde e na respectiva legislação.

Por exemplo, no Reino Unido, é obrigatório que cada pessoa com doença mental grave tenha um técnico de referência e um plano individual de cuidados (*Department of Health, UK, 1990*).

Outros exemplos ocorreram na Suécia, na Alemanha e, mais recentemente também em Portugal (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016), onde a gestão de casos (*case management*) de doentes mentais graves é expressamente referida na legislação existente na área da saúde mental.

Em paralelo com o desenvolvimento dos modelos de *case management*, também ocorreram alterações nas designações atribuídas ao longo do tempo ao profissional de saúde mental que desempenha as funções de técnico de referência.

Inicialmente e ainda de uma forma pouco definida e por vezes espontânea foi utilizado o termo de *key worker*. Posteriormente, e de modo mais estruturado, começou a ser utilizada a designação de *case manager* (Goering, 1996).

Surgiram várias críticas, incluindo dos doentes e suas associações, que diziam que não eram casos, e que não queriam um gestor, nem uma abordagem paternalista, e que eles próprios é que deviam aprender a gerir melhor as suas vidas, independentemente de precisarem de ajuda dos profissionais de saúde mental (Liberman, 2008).

Como alternativa ao termo *case manager* surgiu a designação inglesa de *care coordinator* e, mais recentemente, também tem sido utilizado o nome de *personal support specialists* (Liberman R., 2008).

Na aplicação prática dos modelos de *case management*, foi considerado importante distinguir o *care coordinator* das equipas de saúde mental comunitárias dos serviços nacionais de saúde dos vários *key workers* que o doente poderá ter nas várias estruturas de reabilitação psicossocial (Burns, 2004).

### **3.2. Diferentes Funções e Modelos de *Case Management***

A aplicabilidade dos conceitos e princípios de *case management* não tem sido uniforme, tendo surgido vários modelos ao longo do tempo.

Bacharach (1993) referiu que as várias práticas de *case management* podem ser caracterizadas num *continuum*, tendo num extremo uma atitude mais organizadora e no outro a intervenção mais clínica e terapêutica. A maioria dos modelos situar-se-ia entre estes dois pólos.

Na sistematização de Thornicroft (1993), foram considerados dez “eixos” principais, de cujo cruzamento e interacção resultariam os vários modelos de *case management*. Os eixos designados foram os seguintes:

1. Intensidade e frequência das intervenções;
2. Financiamento e controlo financeiro;
3. Intervenção no âmbito da saúde versus social;
4. Estatuto do técnico de referência;
5. Especialização do técnico de referência;
6. Ratio técnico de referência / número de doentes (*case load*);
7. Participação do doente;
8. Ponto e local de contacto;
9. Nível de intervenção;
10. População alvo.

As funções do técnico de referência também variam consoante os modelos e as práticas, mas podemos considerar como essenciais as seguintes (Thornicroft, 1993; Goering, 1996; Burns, 2004; Liberman & Murray, 2001 e 2012):

- Identificação do doente (*case finding*);
- Avaliação das necessidades;
- Estruturação de um plano individual de cuidados;

- Coordenação da prestação de cuidados;
- Monitorização da prestação de cuidados;
- Avaliação dos resultados;
- Reajuste e redefinição dos objectivos;
- Reinício do processo.

Apresentamos os principais modelos, e as suas características gerais, seguidos de uma tabela resumo comparativa dos mesmos.

**a) Modelo de agenciamento ou de referência (*brokerage, networking or generalist case management model*):**

Este modelo, também designado por generalista, é o modelo menos exigente em termos de funções e correspondeu, na maioria dos casos, ao primeiro modelo a emergir na sequência dos processos de desinstitucionalização, de forma a orientar o doente na rede de serviços e estruturas (Solomon, 1992).

O técnico de referência avalia as necessidades, estabelece um plano de intervenção, encaminha para os vários serviços, coordena as várias respostas, articula com os diferentes técnicos e monitoriza a evolução do tratamento (Scott J. & Lehman F., 2001).

Esta abordagem, permite, habitualmente, um maior número de doentes por técnico de referência, o que poderá ser uma alternativa, quando existem escassos recursos, financeiros ou humanos. No entanto, a aplicação deste modelo é mais limitada em termos de diferenciação e de capacidade das intervenções.

Assim, no modelo de agenciamento, o técnico de referência não tem que dar respostas nem exercer funções terapêuticas. Deve sim referenciar e encaminhar o doente para estruturas e profissionais que possam dar as respostas necessárias, monitorizar e assegurar que o plano seja cumprido, defendendo, igualmente, os interesses do doente.

**b) Modelo clínico (*clinical case management*)**

No modelo de *case management* designado, habitualmente, por clínico, para além das funções atribuídas ao modelo anterior, o terapeuta de referência presta ainda serviços e intervenções directamente nas áreas clínica, social e psicossocial, obviamente de acordo com as suas competências e formação (Thornicroft, 1993; Pratt, 1999; Sherrer, 2011).

O terapeuta de referência tem, e deve desenvolver, competências que lhe permitam intervir, mas continua a não ter que dar todas as respostas e deverá contar com os restantes profissionais da equipa de saúde mental a que pertence, bem como com os recursos existentes nos serviços e na comunidade.

Apesar da aplicação do modelo clínico de *case management* não ser uniforme, Kanter (1989 e 1996) referiu que, de uma maneira geral e para este modelo, devem ser considerados, nas actividades do terapeuta de referência, treze componentes que podem ser agrupadas em quatro fases:

- **Fase Inicial:** 1) iniciar uma relação de colaboração e confiança (*engagement*), 2) efectuar uma avaliação biopsicossocial, 3) elaborar um plano de intervenção;

- **Fase de Intervenção no ambiente:** 4) identificação e encaminhamento para os recursos na comunidade, 5) envolvimento dos familiares e de outros prestadores de cuidados informais, 6) mobilização e expansão da rede de suporte social, 7) articulação com o psiquiatra e outros profissionais de saúde, 8) defesa dos direitos do doente (*advocacy*);

- **Fase de intervenção com o doente:** 9) treino de aptidões para uma vida mais autónoma, 10) intervenção psicoeducativa, 11) abordagem terapêutica ou psicoterapêutica breve e de acordo com as competências do terapeuta de referência;

- **Fase de Intervenção na díade doente-ambiente:** 12) intervenção na crise e prevenção de recaídas, 13) monitorização e reavaliação.

O modelo clínico é exigente no sentido da diferenciação e experiência dos terapeutas de referência, na disponibilidade de tempo e no número limitado de doentes que estes últimos devem seguir.

Para Tom Burns (2004), o número de doentes por terapeuta de referência não deverá ser superior a trinta e cinco, Mueser (1998) refere que o limite superior se deverá aproximar dos trinta e Turkington (2002) e Kingdon (2009) recomendam que esse número não deverá exceder os vinte doentes. De realçar que estes números correspondem, na grande maioria dos casos, às actividades a tempo completo desses terapeutas.

Se não se verificarem esses pressupostos, ou o terapeuta de referência quiser fazer mais do que a sua capacidade de resposta, não só fica comprometida a intervenção, como será muito provável que este atinja uma situação de exaustão física, psíquica e emocional decorrente da actividade profissional (*burnout*).

### **C- Modelo de Tratamento Assertivo na Comunidade (*Assertive Community Treatment*)**

Stein e Test, nos anos setenta do séc. XX, desenvolveram em Madison, nos EUA, um programa comunitário designado por *Assertive Community Treatment* (ACT). Pretenderam desenvolver um modelo de apoio global para doentes mentais graves, com base nas intervenções na comunidade, e em alternativa ao seguimento habitual num hospital geral, com hospital de dia e com consultas externas (Stein & Test, 1980).

Esta abordagem foi inicialmente designada pelos seus autores de Treino para Viver na Comunidade (*Training in Community Living*) que, posteriormente, a denominaram de Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade (*Program of Assertive Community Treatment*) ou, simplesmente, e como é mais conhecido, de **Tratamento Assertivo na Comunidade (*Assertive Community Treatment*)**.

Este modelo é paradigmático das intervenções realizadas na comunidade para doentes mentais graves. É considerado por muitos autores um dos modelos mais citado, mais difundido, mais influente, mais avaliado e replicado da história da psiquiatria comunitária (Stein, 80; Hoult, 1983; Muijen, 1992; Marks, 1994; Burns, 1995 e 2004; Scott, 1995; Craig, 1997; Mueser, 1998; Thornicroft, 2011).

No Tratamento Assertivo na Comunidade os serviços devem ser prestados na comunidade, durante vinte e quatro horas por dia, todos dias do ano e com base nas actividades realizados pelas equipas de saúde mental comunitárias. De acordo com este modelo, estas equipas devem prestar a maioria, se não a totalidade das respostas que devem também ser orientadas para a resolução dos problemas do doente e para o apoio prático nas actividades de vida diária (Stein & Santos, 1998).

Para além de recorrer à figura e à função do terapeuta de referência, outra característica central deste modelo consiste no desenvolvimento de equipas de saúde mental comunitárias (ESMC), multidisciplinares e polivalentes nas quais os casos são partilhados pela equipa e do conhecimento de todos os seus elementos.

Fazem parte das intervenções realizadas por elementos destas equipas as actividades médicas, psicológicas, de reabilitação psicossocial, de treino de aptidões sociais, de apoio vocacional, laboral e residencial (Burns, 2004).

Para Tom Burns (2004) os dez componentes mais importantes dos programas de Tratamento Assertivo na Comunidade são:

1. Enfâse no *engagement*, promovendo o início de uma relação de colaboração entre o terapeuta de referência e o doente, e a adesão inicial deste ao seguimento;
2. Seguimento assertivo;
3. Número reduzido de doentes por terapeuta de referência (e.g. dez doentes);
4. Regularidade do contacto (semanal ou mais frequente se necessário);
5. Intervenção domiciliária ou na zona onde o doente vive, evitando sempre que possível a hospitalização ;
6. Intervenção médica, incluindo o tratamento farmacológico integrado nas restantes intervenções;
7. Suporte a familiares e cuidadores;
8. Intervenção baseada numa equipa;
9. Articulação com outros serviços e estruturas, quando necessário;
10. Intervenção na crise e disponibilidade para intervir, se necessário, vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana.

O estudo original de Stein e Test (1980) evidenciou vantagens do Tratamento Assertivo na Comunidade na diminuição do número de internamentos, na melhoria a nível clínico, no funcionamento social, na empregabilidade dos doentes, bem como mais contactos sociais e melhor satisfação.

Ao fim de catorze meses, a intervenção terminou e os autores monitorizaram os doentes por mais catorze meses, verificando que todos os benefícios se perderam com o tempo. Admitiram assim que o Tratamento Assertivo na Comunidade se deve manter ao longo do tempo para que esses benefícios continuem.

A multiplicação de estudos e intervenções baseadas no Tratamento Assertivo na Comunidade conduziu à sua disseminação internacional e a dificuldade passou a ser a manutenção da fidelidade ao modelo inicial e aos seus componentes (Drake, 2005). Foi inclusive criado um instrumento, *Darmouth Assertive Community Treatment Scale* (Teague, 1998) para verificar se os pressupostos e componentes principais deste modelo se verificavam numa determinada intervenção.

Na tabela 2 são apresentadas características que permitem distinguir as equipas que aplicam o tratamento assertivo na comunidade das equipas de saúde mental comunitárias que praticam uma abordagem mais convencional (*standard*).

**Tabela 2 - Diferenças entre o tratamento assertivo na comunidade e o tratamento convencional (*standard*) \* nas equipas de saúde mental comunitárias**

<b>Equipa de Tratamento Assertivo na Comunidade</b>	<b>Equipa de Saúde Mental Comunitária “Standard”</b>
Número total de doentes: 80–100	Número total de utentes: 300–350
Horário de trabalho alargado (16 às 24h, diariamente)	Horário de trabalho (9 às 17h, seg. a sexta)
Intervenção no local onde vive o doente (domicílio, locais circundantes, café ..)	Intervenção no gabinete de consultas e pontualmente visitas domiciliárias
Abordagem assertiva, flexível e diversificada	Consultas marcadas ou visitas domiciliárias programadas
Não se aceitam “ <i>abandonos</i> ” i.e. assume-se que se deve procurar restabelecer ou manter o seguimento do doente de forma continuada	Alta se falta repetidamente ou abandona as consultas
Ratio terapeuta de referência / doentes= 1:12	Ratio terapeuta de referência / doentes= 1:35
Abordagem com base na equipa e com partilha de doentes e de responsabilidades	Seguimento mais individualizado pelo terapeuta de referência e por vezes discussão do caso na equipa
Reuniões muito frequentes e diárias	Reuniões semanais
Utilização das competências dos membros da equipa e só raramente recorrem a outras estruturas	Referenciação frequente para outras estruturas e profissionais (centros formação, serviços e estruturas locais)

Tabela adaptada de Killaspy et al., 2006 e Thornicroft, 2011

\* A designação de tratamento convencional (*standard*) depende dos contextos e realidades. Por e.g. em Portugal, a existência de equipas de saúde mental comunitária nos serviços de saúde mental não é ainda uma prática generalizada.

Os autores do modelo de Tratamento Assertivo na Comunidade (Stein & Test, 1980 e Stein et al., 1998) também identificaram dificuldades, nomeadamente no processo de implementação. Foram referidos como principais obstáculos: as questões económicas (não só os custos mas também o reembolso pelos seguros de saúde), a necessidade dos profissionais terem, em simultâneo, competências nas áreas da saúde e social, a coordenação entre os vários elementos da equipa e a intervenção destes na comunidade num contexto onde o controlo é muito menor do que nas organizações hospitalares.



#### **d) Modelos de Intervenção Intensiva (*Intensive Case Management*)**

Na sequência do desenvolvimento de projectos de tratamento assertivo na comunidade, começaram a surgir modelos de intervenção intensiva dos terapeutas de referência (*intensive case management*) que, apesar de poderem ter alguns pontos em comum, têm características distintas (Scott e Lehman, 2001).

De uma maneira geral, pode referir-se que os modelos de *intensive case management* se caracterizam por os terapeutas de referência terem um número reduzido de pessoas com DMG em seguimento (e.g. dez doentes por terapeuta) e a prestação de cuidados, para além de ser feita com muita regularidade (uma a duas vezes por semana), ocorrer habitualmente no domicílio do doente ou em estruturas localizadas na comunidade. A integração destes profissionais numa equipa de saúde mental comunitária também ocorre com frequência.

Para Tom Burns (2003), a designação *intensive case management*, tem sido mais utilizada na Europa, influenciada pelo modelo de tratamento assertivo na comunidade iniciado nos EUA, mas com uma aplicação diversa e menos sistematizada. Também para o mesmo autor, esta abordagem destina-se muitas vezes a doentes mais difíceis, com mais internamentos, muitas vezes consecutivos (fenómeno da “porta giratória”), com seguimento mais irregular ou abandono do tratamento.

O *intensive case management* não é um modelo bem especificado e nas investigações sobre esta intervenção não houve consenso sobre os principais componentes (Schaedle & Epstein, 2000). As investigações da aplicação deste modelo, e em particular na Europa (Tabela 4), não têm, na sua maioria, apresentado resultados tão favoráveis quanto os estudos sobre o tratamento assertivo na comunidade (Burns, 2002).

Uma das investigações mais conhecidas, e de maior dimensão, na comparação do *intensive case management* com o modelo mais convencional de *case management* é conhecida por “**UK 700 Trial**” ( Burns, 1999 e 2002) .

A investigação “UK 700 Trial” consistiu num estudo multicêntrico, aleatorizado e randomizado, realizado no Reino Unido, no qual participaram 708 doentes com DMG, divididos em dois grupos, que receberam respectivamente *intensive case management* e intervenção mais convencional de *case management*.

A principal diferença estava relacionada com o número de doentes por terapeuta de referência (*case load*). Na abordagem intensiva a relação foi de um terapeuta para doze a quinze doentes e no *standard case management* foi de um para trinta a trinta e cinco.

O autor da presente dissertação teve oportunidade de acompanhar o início do estudo “UK 700 Trial”, no período de Agosto a Outubro de 1995, durante o qual efectuou, um estágio orientado pelo Prof. Tom Burns, no Departamento de Psiquiatria do St. George’s Hospital Medical School, London University. Nesse estágio, participou nas actividades das equipas de saúde mental comunitárias e acompanhou os terapeutas de referência nas suas actividades, incluindo visitas domiciliárias. Foi assim possível, verificar, na prática, as diferenças entre as duas intervenções e comparar os modelos.

As hipóteses inicialmente formuladas, de acordo com as quais os doentes seguidos pelo *intensive case management* teriam melhores resultados, incluindo menos internamentos, menos sintomas, melhoria no funcionamento social, na satisfação, na qualidade de vida e menos custos não se confirmaram, ou seja, não se apuraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

As conclusões deste estudo são relevantes porque demonstraram que não basta aumentar a intensidade da intervenção e diminuir o número de doentes por terapeuta de referência para se atingir melhor resultados.

Os autores do “UK 700 Trial” recomendam que se preste mais atenção aos conteúdos das intervenções, características dos terapeutas de referência, e também à relação terapêutica estabelecida por estes com os doentes.

Numa revisão de estudos sobre modelos de *case management*, Howgego (2003) salienta a importância da relação terapêutica entre o terapeuta de referência e o doente na adesão do doente ao respectivo seguimento.

Outro estudo, também realizado no Reino Unido, ***Prism Psychosis Study*** (Thornicroft, 1998), teve como principal objectivo confirmar se as vantagens apuradas nos estudos experimentais, com equipas de saúde mental comunitárias, eram replicáveis no contexto clínico real. Em simultâneo, pretenderam comparar dois modelos de intervenção em duas áreas distintas, em Londres. Numa foi aplicado o modelo de tratamento intensivo e no outro sector o modelo convencional de *case management*, utilizado no Reino Unido.

Efectuaram um estudo prospectivo, controlado, não aleatorizado, e os resultados foram no sentido de que ambos os modelos das equipas de saúde mental comunitária apresentaram melhores resultados do que os serviços com intervenção mais hospitalar, nomeadamente a nível da qualidade de vida, resposta às necessidades e aumento do número de contactos sociais.

No entanto, não se apuraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois modelos utilizados e os autores referiram que o modelo intensivo poderá nalguns casos ter um efeito “paradoxal”, no sentido de aumentar a dependência dos doentes em relação aos terapeutas de referência e diminuir a respectiva autonomia.

#### **e) Modelo das Potencialidades (*Strengths Case Management*)**

Este modelo tem, como princípio fundamental, o foco nas potencialidades dos doentes e não na sua patologia. As intervenções são baseadas nas decisões do doente e a comunidade é vista como uma fonte de recursos e não de obstáculos (Rapp, 2004 e 2006).

O mesmo autor salienta que as pessoas com doença mental grave podem continuar a aprender, a desenvolver-se e a evoluir, de acordo com as suas capacidades e potencialidades.

Foram realizados quatro estudos, com desenhos experimentais e quasi-experimentais, que apresentaram resultados favoráveis a nível da redução dos internamentos, melhoria em termos de empregabilidade, suporte social, sintomas e sobrecarga familiar (Kisthard, 1992; Stanard, 1999; Brun, 2001; Rapp, 2006 e 2011)

#### **f) Modelo da Reabilitação**

Neste modelo, o técnico de referência actua, habitualmente, no contexto da reabilitação psiquiátrica e psicossocial e, de acordo Anthony W. e Farkas M. (1993), esta intervenção tem predominantemente duas vertentes que interagem entre si:

- 1.O desenvolvimento de novas aptidões e a recuperação possível de capacidades anteriormente existentes;
2. A criação no meio ambiente de condições de suporte a vários níveis que, de alguma forma, compensem a incapacidade decorrente da doença.

Assim, a evolução, favorável ou desfavorável, do processo reabilitativo dependerá, entre outros factores, da interacção entre o desenvolvimento das referidas aptidões e as condições criadas no meio ambiente.

Nesta sequência, o processo reabilitativo deve incluir as seguintes fases: avaliação, definição de objectivos e elaboração de um plano individual de reabilitação (PIR), desenvolvimento ou recuperação de aptidões, aprender a lidar com as incapacidades e mobilização de apoios comunitários e reabilitativos (Anthony W., 2002).

Numa perspectiva mais recente, Liberman (2008) referiu que a prática reabilitativa deve ser integrada no caminho da recuperação (ver capítulo 4) e designou o que considera serem, na actualidade, os sete princípios da reabilitação psicossocial:

1. A recuperação é possível para a maioria das pessoas com DMG, em particular se forem aplicadas boas práticas e práticas baseadas na evidência científica;
2. A integração das intervenções farmacológicas com as intervenções psicológicas e psicossociais pode contribuir para minimizar ou ultrapassar as incapacidades existentes;
3. A abordagem deve ser individualizada e centrada no doente;
4. A reabilitação e a recuperação são mais eficazes se ocorrer a participação activa do paciente e da sua família no respectivo processo;
5. A integração e coordenação dos vários serviços e intervenções são essenciais para se atingir os objectivos pretendidos;
6. Desenvolver ou recuperar potencialidades, interesses e capacidades são fundamentais em reabilitação;
7. Os processos de reabilitação e recuperação demoram, podem ter avanços e recuos e requerem persistência, paciência e resiliência.

De forma a sintetizar as principais características dos modelos de *case management* expostos, segue-se a tabela 3.

**Tabela 3 - Resumo das Características dos Modelos de Case Management**

Modelos de case management	Agenciamento	Clinico	Tratamento Assertivo na Comunidade	Intervenção Intensiva	Modelo das Potencialidades	Modelo da Reabilitação
<i>Case load</i> *	1: 50	1: 20-30	1: 10	1: 10	1: 20-30	1: 20-30
<i>Outreach</i> **	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Baixo	Baixo
Partilha de casos	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Serviço 24h	Não	Não	Frequente	Frequente	Não	Não
Ênfase no treino aptidões	Não	Baixo	Moderado	Moderado	Moderado	Elevado
Frequência no contacto com o doente	Baixo	Moderado	Alta	Alta	Moderado	Moderado
Locus de intervenção	Clinica	Clinica / Comunidade	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Clinica / Comunidade
Tratamento Integrado	Baixo	Moderado	Alto	Alto	Baixo a moderado	Baixo a moderado
Prestação directa das intervenções	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Moderado	Moderado
Grupo alvo	DMG ***	DMG	DMG, em particular, os doentes com mais recaídas ou descontinuidades no seguimento	DMG, em particular, os doentes com mais recaídas ou abandonos seguimento	DMG	DMG

Adaptado de Rosen e Teesson, 2001; Harris e Bergman, 1988 e 1993; Mueser, 1998; H. Killaspy, 2006 .

\*case load consiste no número de doentes por terapeuta de referência

\*\* Outreach corresponde a capacidade de intervenção e mobilização para o tratamento junto de doentes que abandonaram o seguimento ou não estão a ter acompanhamento

\*\*\* DMG – doentes mentais graves

### 3.3. Evidências, Vantagens e Desvantagens do Tratamento Assertivo na Comunidade e do Modelo Clínico de Case Management

Em relação à globalidade dos estudos, sobre o **Tratamento Assertivo na Comunidade**, apresentamos as principais **vantagens**, em particular quando comparadas com a intervenção hospitalar mais convencional (Bonde, 2001; Scott and Dixon, 1995; Corrigan, 2008):

- Melhoria na continuidade de cuidados e adesão ao projecto terapêutico (Craig, 1997);
- Diminuição do número de internamentos e da duração dos mesmos<sup>15</sup> (Stein, 1980; Burns, 1995, 2004 ; Craig, 1997; Fenton, 1998);

<sup>15</sup> No estudo de Stein and Test (1980) e na comparação do Tratamento Assertivo na Comunidade com abordagem hospitalar, a redução do número de internamentos é muito evidente. Nos doentes sujeitos a ao tratamento assertivo, apenas 6% destes foram internados enquanto, com a outra abordagem, ocorreram 58% de admissões hospitalares. Muitos outros estudos replicaram este modelo e na sua grande maioria também com redução do número de internamentos e diminuição da duração destes. Verificaram-se reduções de 50 a 80% do tempo internamento ( Fenton, 1982; Dincin,1993; Hoult,1983; Merson,1992; Muijen, 1992; Marks, 1994; Aberg-Wistedt et al.,1995).

- Melhoria da satisfação dos doentes e familiares (Test, 1992; Burns, 1995; Fenton, 1998; Mueser, 1998);
- Melhoria do estado clínico, através da redução dos sintomas psiquiátricos (Burns, 1995);
- Melhoria do funcionamento social, dos contactos com a rede social e familiar e da qualidade de vida, em alguns destes estudos (Test, 1992; Burns 1995).

Em termos económicos, também foram efectuadas várias investigações com uma relação favorável para o Tratamento Assertivo na Comunidade, em termos de custos e, em particular, quando são consideradas as reduções de gastos na diminuição dos internamentos e menor duração dos mesmos (Hoult, 1993 e 1994; Knapp, 1994; Fenton, 1998).

Obtiveram-se igualmente duas importantes conclusões, para estes tratamentos assertivos: quanto mais os estudos seguiram o modelo original, melhor foram os resultados e estes não se mantiveram no tempo quando a intervenção foi interrompida (Test, 1992; Burns, 1995).

O Tratamento Assertivo na Comunidade também tem suscitado **críticas**, nomeadamente de que este modelo possa ter uma atitude coerciva e paternalista, que não permita que os doentes tomem as suas decisões e desenvolvam autonomia. No entanto, estas hipóteses não foram, até ao momento, comprovadas pelos estudos realizados (Mueser, 2011).

Para o modelo do *case management* em geral, onde se inclui o **modelo clínico de case management** os resultados foram menos consistentes e essa dificuldade também decorre da falta de especificidade do mesmo. Este modelo não é uma intervenção específica mas um processo a partir da qual várias intervenções podem ser delineadas e efectuadas (Holloway, 1991).

Numa meta-análise, realizada por Marshall (Cohrane database syst. rev, 1998, 2000 e 2011), sobre o modelo clínico de *case management*, o autor referiu **vantagens e desvantagens**. Considerou que apesar deste modelo ter permitido manter mais doentes em contacto com os serviços de psiquiatria (continuidade de cuidados), também se verificou que, nos estudos analisados, ocorria um aumento do número de internamentos e da sua duração.

Numa actualização da primeira meta-análise (1998), Marshall escreveu que os resultados já não eram consistentes, em relação ao aumento da duração dos internamentos. Nesta meta-análise, o autor acrescentou que existia alguma evidência de que, através do modelo clínico de *case management*, se possa contribuir para melhorar a adesão terapêutica, mas sem melhoria a nível clínico, do funcionamento social e da qualidade de vida.

Numa meta-análise posterior de Zyguras & Stuart (2000), sobre a efectividade do modelo clínico de *case management* ao longo de vinte anos, obtiveram-se resultados semelhantes, ou seja não ocorreu melhoria clínica e aumentou o número de internamentos. No entanto, houve uma redução do número total de dias de internamento.

Nesta última meta-análise, os autores também referiam benefícios deste modelo em termos do funcionamento social, melhor satisfação dos doentes e menor sobrecarga familiar. Acrescentaram, ainda, que a diminuição do número de dias de internamento teve impacto na diminuição de custos.

Como explicar, que na aplicação do modelo de Tratamento Assertivo na Comunidade, ocorra uma redução no número de internamentos, enquanto que para o modelo clínico de *case management* esse número aumente, apesar do número de dias por internamento diminuir?

Apenas como hipótese, admitimos que uma equipa que funcione com o tratamento assertivo, poderá ter maior capacidade de intervir na crise, mantendo o doente na comunidade, controlar melhor a adesão à medicação e detectar precocemente o início de uma descompensação.

De modo diferente, uma equipa no modelo clínico de *case management*, poderá estar em melhores condições, através do terapeuta de referência, de detectar mais precocemente situações de crise e, se necessário, encaminhar para internamento, permitindo assim que a recuperação possa ser mais rápida nesse contexto.

Outras críticas, efectuadas aos modelos de *case management* (Marshall, 2000 e 2011), consistem no risco de ocorrer uma prestação de cuidados menos diferenciada, se o terapeuta de referência não tiver a formação adequada ou verificar-se uma menor prestação de cuidados de profissionais especializados (e.g. psiquiatra, psicólogo, enfermeiro especialista em saúde mental).

Mas, como já referimos, existe uma grande variabilidade nos modelos clínicos de *case management*, bem como resultados diferentes. Por exemplo num estudo de Morgan (2006), realizado na Austrália em relação a este modelo ocorreu uma redução do número de internamentos, que foi três vezes menor.

A comparação entre estudos que utilizaram os modelos de *case management* tem sempre limitações, no sentido em que se comparam intervenções diferentes desenvolvidas em contextos diversos.

Na tabela 4 apresentamos as características e resultados de alguns estudos que utilizaram modelos de *case management*.

**Tabela 4 - Características e resultados de alguns estudos que utilizaram modelos de *case management***

Estudo	Tipo	n=	Diagnóstico e outros requisitos	Follow-up (meses)	Nº de Internamentos	Status clínico	Funcion. Social	Satisfação	Qualidade de vida
Reino Unido Holloway and Carson, 1998	EAC <sup>1</sup>	70	Psicose	18	SD <sup>2</sup>	SD	SD	Melhor	Melhor
PRISM (Thornicroft e al., 1998)	Caso-controlo	555	Psicose	24	SD	SD	Pior	Melhor	SD
UK 700, 1999	EAC	708	Psicose e internamentos frequentes	24	SD	SD	SD	SD	SD
Alemanha Rossler et al., 1992	Caso-controlo	162	Amostra mista Internamentos frequentes	30	Melhor	SD	SD	SD	SD
Rossler et al., 1995	Caso-controlo	97	Psicose e internamentos frequentes	30	Melhor	SD	SD	SD	SD
Itália Fioritti et al., in press	Cohort	42	Grandes utilizadores dos serviços, qualquer diagnóstico	12	Melhor	Melhor	Melhor	SD	SD
Suécia Bjorkman and Hansson, 2000	Cohort	176	Doença mental grave, a maioria psicoses (73%)	18	Melhor	SD	SD	Melhor	SD
Aberg-Wistedt et al., 1995	EAC	40	Esquizofrenia	24	Melhor	SD	SD, mas aumentou rede social	SD	Melhor

<sup>1</sup>EAC-Estudo aleatorizado e controlado

<sup>2</sup>SD-Sem diferença estatisticamente significativa

Adaptado de Tom Burns, 2001

Concluindo, os vários modelos de *case management* devem também adaptar-se aos doentes, aos recursos e ao contexto onde irão ser implementados. Inclusive, num determinado serviço de saúde mental podem ser aplicados mais do que um modelo, consoante as características do doente e a fase da doença em que este se encontra.



### 3.4. Adaptações do Conceito de *Case Management* e Utilização do Modelo Clínico de *Case Management* em Portugal

Em Portugal, e nos termos em que foi apresentado anteriormente, a história da aplicação do conceito de *case management* é mais curta, mas também acompanhou as evoluções que foram ocorrendo, na prestação e na organização de cuidados em saúde mental.

Existiram e existem, seguramente, em Portugal <sup>16</sup>, várias situações e serviços de saúde em que foi atribuído a um profissional a coordenação de cuidados de um determinado doente ou conjunto de doentes. No entanto, iremos considerar, essencialmente a organização explícita e a prática sistematizada do modelo clínico de *case management*, para pessoas com DMG.

Num relatório efectuado em 1995, por um grupo de trabalho sobre Reabilitação Psiquiátrica em Portugal, nomeado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) no âmbito da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, constava que metade dos serviços de saúde mental do país mostravam-se pouco receptivos à problemática da reabilitação psicossocial e muitos dos profissionais de saúde mental desconheciam os princípios e a prática da reabilitação e da psiquiatria comunitária.

Quando o autor desta dissertação efectuou a sua tese de mestrado (Gago J., 1996), no processo de validação de um instrumento de avaliação de necessidades (*Camberwell Assessment of Need*, Phelan, 1995), deparou com a seguinte questão: quem seriam os profissionais a inquirir, na ausência de *case managers*?

Essa dificuldade foi resolvida da seguinte forma: perguntámos aos doentes, na sua maioria com DMG, quem era o técnico que o conhecia melhor e foi esse o inquirido. Na sequência deste processo, abordámos os mesmos doentes no sentido de perceber qual a designação, para eles, melhor aceite e correspondente a *case manager*. A designação de “gestor de caso” não foi bem aceite e preferiram “técnico principal” ou “técnico de referência”.

---

<sup>16</sup> A experiência pioneira, em Viseu, com mais de trinta anos de evolução (PNSM, 2007), da prestação de cuidados de saúde mental a DMG, na comunidade, muitas vezes através de intervenções domiciliárias é um bom exemplo dessas situações, nas quais apesar de não ter existido uma adaptação formal e sistematizada de modelos de *case management*, muitos dos princípios destes têm sido aplicados. Mais recentemente e no mesmo local foi iniciado um projecto de intervenção para o primeiro episódio psicótico mais estruturado e com intervenções dos técnicos de referência na comunidade (um dos Projectos Inovadores em Saúde Mental – PISM, 2009, [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)) mas cujo âmbito é mais estrito em relação ao pretendido nesta dissertação. O PSIC - Programa de Intervenção Precoce após um Primeiro Episódio Psicótico (Maia, 2004), do serviço de psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca, enquadra-se também na abordagem de um grupo específico de doentes mas, neste serviço não foi utilizado o modelo do *case management*.

Nos anos 90 do séc. XX, no decurso do desenvolvimento de projectos e estruturas de Reabilitação Psicossocial pelas organizações não-governamentais (ONG), alguns doentes passaram a receber intervenções de várias estruturas, para além das consultas de psiquiatria e de outros cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nos anos de 1999 e 2000 participámos na coordenação e organização do projecto de formação *Rehabilitation Educational Project* (REP), promovido pela DGS e financiado pelo Fundo Social Europeu. O REP tinha como objectivo melhorar as competências dos profissionais de saúde mental na área da reabilitação psicossocial e desenvolver estruturas afins na comunidade.

Nas formações do REP utilizámos o termo de terapeuta chave (*key worker*) e técnico de referência, para a função de *case manager*, com conceitos que se enquadravam nos modelo de agenciamento e modelo clínico de *case management*. Progressivamente, o termo técnico de referência passou a ser utilizado nas unidades de dia e hospitais de dia dos serviços de psiquiatria do SNS e, na continuidade do que já vinha a suceder, também nos fóruns sócio-ocupacionais, centros de reabilitação e residências protegidas das ONG.

No entanto essa atribuição era limitada a uma estrutura e não correspondia ao *case manager* das equipas de saúde mental comunitárias dos serviços de saúde públicos. Podia-se inclusive dar o caso de o mesmo doente ter vários técnicos de referência nas várias estruturas, sem ocorrer uma coordenação das várias intervenções.

Quando em 2005, na sequência da participação Portuguesa num estudo multicêntrico com vários países europeus, denominado *Cognitive-behavioural Case Management in First-Episode Schizophrenia and Related Psychotic Disorders*, foi necessário desenvolver a função de *case manager* de acordo com o modelo clínico de *case management* e dar formação respectiva aos profissionais seleccionados das equipa de investigação.

Nessa investigação, participaram três equipas de saúde mental com os respectivos coordenadores: uma com base no Hospital de Dia do Hospital Miguel Bombarda (Lurdes Santos, coordenadora nacional da investigação), a Equipa de Saúde Mental Comunitária de Oeiras do DPSM do CHLO (Joaquim Gago) e outra no Hospital de Santa Maria (Pedro Levy). No decurso da investigação foi utilizada a designação de terapeuta de referência (TR) como correspondente a *case manager*.

Consideramos que a participação nesse estudo foi de alguma forma um ensaio piloto na aplicação do modelo clínico de case management, com o qual adquirimos conhecimento e experiência, nomeadamente através da supervisão de Darryl Wade, do grupo Australiano coordenador do projecto (*Early Psychosis Prevention and Intervention Centre-EPPIC*). O estudo e os seus resultados estão a aguardar publicação pela responsável internacional da investigação (Jane Edwards).

Na evolução dos modelos de *case management*, em Portugal, passaram a ser utilizados, de uma forma indistinta, as duas designações (técnico de referência e terapeuta de referência). Posteriormente, tornou-se necessário diferenciar essas duas funções e temos vindo a propor essa distinção de acordo com as características descritas na Tabela 5:

**Tabela 5 - Distinção entre Terapeuta de Referência e Técnico de Referência**

Terapeuta Referência	Técnico Referência
Continuidade do seguimento e da coordenação de cuidados	Seguimento no contexto de uma estrutura ou programa temporário
Modelo clínico de CM (de prestação de cuidados) e/ou do seguimento assertivo	Modelo de reabilitação ou de desenvolvimento de determinadas competências
Integrado numa equipa de saúde mental que assegura a continuidade dos cuidados	Integrado numa equipa de uma unidade ou estrutura (e.g. estrutura de reabilitação psicossocial)
Elabora em conjunto com o paciente um PIC global e transversal às diferentes estruturas e respostas	Elabora um PIR / PII, específico para determinados objectivos, competências e respostas
Articula e faz a ligação entre as várias estruturas e o doente	Articula com o terapeuta de referência e restante equipa e se necessário com outras estruturas

(Gago J. 2005, 2007)

(CM- case management; PIC- plano individual de cuidados; PIR- plano individual de reabilitação; PII- plano individual de intervenção)

Assim, o **terapeuta de referência (TR)** deverá ser o profissional responsável pela continuidade de cuidados e coordenação das várias intervenções, de acordo com um plano individual de cuidados, elaborado em conjunto com o doente. Uma das funções do terapeuta de referência consistirá na articulação com os técnicos de referência das várias estruturas que o doente vier a frequentar.

Esta é também a designação oficial que se encontra no Plano Nacional de Saúde (PNSM, 2007-2016), onde consta para os “*doentes mentais graves, a gestão de casos por terapeutas de referência*” e que foi publicado em Diário da República (1ª Série, nº47 de 6/3/2008).

Para a clarificação das funções do terapeuta de referência (TR), a nível nacional, contribuiu a realização de uma reunião, com pessoas de vários grupos profissionais e de vários serviços de saúde mental, promovida pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), em 2008, na Curia. Nessa reunião foi elaborado, pelos presentes, um documento de consenso com recomendações sobre as funções do terapeuta de referência e sobre a estrutura e funcionamento das equipas de saúde mental comunitárias (ESMC) nas quais, e sempre que possível, o terapeuta de referência se deverá inserir. Os resultados destes consensos encontram-se resumidos nas tabelas 6 e 7:

**Tabela 6 - Consenso sobre as funções dos Terapeutas de Referência**

<p><b>Consenso da Reunião da Curia, em 2008, sobre as funções dos Terapeutas de Referência (TR):</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1-Servir de interface entre a ESMC e a pessoa doente, a família e outras figuras significativas;</li><li>2-Centralizar a informação acerca do doente (sempre registada num processo clínico único);</li><li>3-Desenhar, em conjunto com o doente e sempre que possível com a família, um plano de cuidados;</li><li>4-Monitorizar o percurso e a evolução da pessoa doente, ao longo do tempo;</li><li>5-Identificar, em cada momento, os problemas e necessidades do doente;</li><li>6-Referenciar, em reunião de equipa, a pessoa doente ao(s) técnico(s) cuja competência específica (ou própria) mais se adegue a uma intervenção, que responda aos problemas e às necessidades identificadas;</li><li>7-O TR poderá ser qualquer um dos técnicos da equipa. Considera-se indispensável, para desempenhar a função de TR, que este técnico possua formação prévia, e competências que lhe permitam reconhecer a psicopatologia mais importante, no campo das doenças mentais graves.</li></ol> <p>( CNSM, 2008)</p>
--

**Tabela 7- Consenso sobre as Equipas de Saúde Mental Comunitárias**

<p><b>Consenso da reunião da Curia, em 2008, com recomendações sobre a estrutura e funcionamento das Equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC):</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1-Cada ESMC deve ter responsabilidade assistencial, para a saúde mental, de uma população média de 80 000 pessoas, em correspondência directa com um ou mais Centros de Saúde;</li><li>2-Deve assumir, a responsabilidade da prestação de cuidados de saúde mental às pessoas com doenças psiquiátricas graves, e deve partilhar a responsabilidade, das pessoas com doenças psiquiátricas mais comuns, com as outras instituições, nomeadamente com os cuidados de saúde primários e outras estruturas nas comunidade;</li><li>3-Deve estar sediadas na comunidade;</li><li>4-Deve ter autonomia técnica e funcional, respondendo ao Coordenador da ESMC;</li></ol>
--

**Tabela 7- Consenso sobre as Equipas de Saúde Mental Comunitárias (continuação):**

5-Deverão promover a reabilitação e integração das pessoas doentes na comunidade, considerando a noção de *“recovery” em saúde mental*;

6-A ECSM deve ser constituída por técnicos que trabalham em exclusividade, ou a maior parte do seu tempo, na equipa ;

7-A Equipa é multidisciplinar e o número de técnicos que a constituem deve aproximar-se, tanto quanto possível, dos *ratios recomendados a nível internacional e, também, de acordo com o Decreto Lei 35/99*.

8- É desejável que a equipa técnica contenha: psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, técnicos do serviço social, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas e psicopedagogos;

9-Cada ECSM será assim uma pequena equipa, constituída por um número médio de 8 profissionais;

10-Haverá vantagem se a liderança clínica e a coordenação da equipa for exercida pela mesma pessoa - um médico psiquiatra. Tal poderá tornar a equipa, como um todo, mais ágil, no seu funcionamento e quando são precisas decisões. Admite-se, porém, que haja situações em que a coordenação possa ser exercida por outro técnico, que não o psiquiatra;

11-Deve avaliar as necessidades da população a que assiste, para estabelecer a ligação com as outras agências envolvidas;

12-Os doentes graves devem ser seguidos de forma continuada, pelas ESMC;

13. Cada um destes doentes, deve ter um terapeuta de referência atribuído.

(CNSM,2008)

(ESMC-equipas de saúde mental comunitárias; CNSM- Coordenação Nacional para a Saúde Mental; TR-terapeuta de referência)

Definidos os conceitos e as funções falta identificar quais os modelos de *case management* mais adequados para os vários serviços de saúde mental, a nível nacional, como os aplicar e quais as respectivas vantagens e desvantagens.

# **Parte I**

## **Capítulo 4**

Planos Individualizados de Cuidados  
para Pessoas com Doenças Mentais Graves

#### 4.1. Planos de Tratamento para Pessoas com Doença Mental Grave

A utilização de planos de tratamento tem vindo a ser generalizada, nas diferentes áreas da saúde e da saúde mental e, em relação às pessoas com DMG, merece particular relevo. De acordo com Miller (2011), estes doentes recebem, actualmente, intervenções multifacetadas e estas são prestadas por vários profissionais, em diversas estruturas, com localização diferente.

Ainda, segundo o mesmo autor, se não existir um documento escrito que inclua as várias intervenções, o doente corre o risco de receber intervenções parcelares, descoordenadas ou até contraditórias.

Apesar de ainda haver críticas, nomeadamente em relação à burocratização da actividade clínica ou à falta de utilidade prática destes planos, tem vindo a ser cada vez mais consensual que uma adequada utilização do mesmo plano poderá contribuir para uma melhor coordenação das intervenções e objectividade das mesmas (Warner, 2005).

Se o terapeuta de referência, no contexto dos modelos de *case management*, pode constituir um **elemento favorável à continuidade e coordenação dos cuidados**, o mesmo sucede com o plano de tratamento (e.g. *care program approach*), e ambos os elementos devem estar interligados (Burns, 1997 e 2004).

Uma das definições mais simples e também mais operativa refere que, um plano de tratamento é um instrumento que vai estabelecer a relação entre os objectivos pretendidos, as intervenções realizadas e os resultados alcançados (Miller, 2011). Ou como refere Keys (2002), o plano de tratamento pode estruturar de forma mais simples várias intervenções complexas, e facilitar uma implementação bem sucedida das mesmas.

Na perspectiva de Thornicroft (1994), a avaliação das necessidades do doente, nomeadamente, a identificação das suas necessidades sem resposta ou com resposta parcial, e as respectivas propostas de intervenção, são também elementos fundamentais de um plano de tratamento.

O plano de tratamento, para além de identificar problemas, necessidades e possíveis respostas, deve ter subjacente uma **estratégia de aplicação** das mesmas, incluindo a sequência com que as intervenções irão ser aplicadas e os reajustes necessários para a respectiva concretização.

Nessa estratégia, devem ser definidas **prioridades** e os objectivos podem ser divididos em urgentes, críticos e exequíveis (Miller & Velligan, 2011):

- **Urgentes** quando se referem a situações agudas como, por exemplo, uma descompensação psicótica, outros problemas de saúde graves e com risco a curto prazo, ou outras circunstâncias que podem comprometer a vida ou saúde do doente ou de terceiros.
- **Críticos** quando são a “base” de muitos outros objectivos, e sem a realização dos quais os outros ficam comprometidos. Por exemplo, a estabilidade em termos clínicos, as questões de higiene, alojamento, alimentação, utilização de transportes e escolaridade básica.
- **Exequíveis** quando as potencialidades do doente e as suas circunstâncias levam a pressupor que esses objectivos podem ser na prática concretizados. Um objectivo mais complexo, ou distante no tempo, pode ser subdividido em pequenos passos, mais facilmente atingidos. Convém não esquecer a capacidade que os doentes, mesmo com patologia grave como é o caso da esquizofrenia, podem ter, no sentido de nos surpreender.

Os objectivos estabelecidos, no plano de tratamento, e as estratégias para a sua implementação, não devem ser limitados pelas expectativas dos técnicos e pressupõe a participação activa do doente, da família ou de outras partes envolvidas (Miller, 2011) .

Os planos de tratamento devem ser flexíveis e reavaliados regularmente. Pode, inclusive, considerar-se um bom sinal quando estes planos são alterados ou reajustados, porque, no mínimo, significa que estão a ser utilizados (Burns, 2004).

Para além das reavaliações previstas e reajustamentos, estes planos de tratamento, devem ser alterados sempre que necessário e, nomeadamente, quando as circunstâncias do doente, ou do meio onde este vive, se modificam ou estão disponíveis novos tratamentos ou respostas (Lieberman, 2008).



Um exemplo da forma como estes planos podem ser estruturados e aplicados aos doentes mentais graves, e em articulação com o modelo de *case management*, consiste no *Care Program Approach* (CPA), iniciado no Reino Unido em 1990, que tem vindo a sofrer sucessivos aperfeiçoamentos (*Department of Health*, 1990, 1995, 1999, 2008; [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications)).

### ***Care Program Approach* (CPA)**

O *Care Program Approach* não surgiu pelas melhores circunstâncias mas, a sua evolução veio a tornar este instrumento numa das “ferramentas” fundamentais da prestação de cuidados a pessoas com doença mental grave, no Reino Unido (Kindgon, 2005).

Em 1988, após uma técnica superior do serviço social ter sido vítima de uma agressão fatal, efectuada por uma doente com DMG que vivia na comunidade, foi efectuado um inquérito para esclarecer a situação (Spokes, 1988).

O inquérito de Spokes (*Spokes Inquiry, 1988*), para além da clarificação das responsabilidades, recomendou ao *Royal College of Psychiatrists* a elaboração de um documento de boas práticas, para as altas hospitalares e para a prestação de cuidados em ambulatório. Nesta sequência, surgiu o *Care Program Approach* e a aplicação oficial do mesmo iniciou-se em 1991 (*Department of Health, UK, 1990 e 1999*; [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications)).

O principal objectivo do *Care Program Approach* (CPA) foi o de garantir a continuidade dos cuidados e que os doentes, em particular os mais graves e problemáticos, não perdessem o contacto com os serviços de saúde mental (Kingdon, 1994 e 2005).

Apresentamos as principais características do *Care Program Approach* - CPA (adaptadas de Kingdon, 1994 e Holloway, 2001):

1. O CPA deve resultar de uma avaliação sistemática e individualizada das necessidades de saúde, sociais e psicossociais;
2. Designação de um coordenador de cuidados (*care coordinator*) ou terapeuta de referência que elabore o CPA;
3. O CPA deve ser escrito (suporte de papel ou informático), explícito e objectivo;
4. Na formulação do CPA devem ser identificadas as várias intervenções e cuidados e quem os realiza;

5. Devem ser efectuadas revisões e reavaliações regulares do CPA, com datas previamente definidas e com um intervalo de tempo nunca superior a 6 meses;
6. O CPA implica uma colaboração multidisciplinar;
7. Participação activa dos doentes e familiares na realização do CPA e na sua aplicação

Na sequência da implementação do *Care Program Approach* ficou estabelecido que todas as pessoas com DMG, seguidas nos serviços de saúde mental, no Reino Unido, deveriam ter um terapeuta de referência o qual tinha que elaborar um CPA, de preferência com a participação do doente e colaboração da equipa de saúde mental (*Department of Health & National Health Service in England*, 1990 e 1999).

Nas várias versões do *Care Program Approach* e artigos afins (Kingdon, 1994 e 2005; Burns, 1997; *Department of Health & National Health Service in England*, 1999) também ocorreu uma evolução nas designações atribuídas ao terapeuta de referência: *key-worker*, *case manager*, *care manager* e, por último, *care coordinator*.

A implementação do *Care Program Approach*, na prática clínica, foi progressiva e apresentou dificuldades, mais evidentes nos primeiros anos. Num estudo de Wolfe (1997), numa zona de Londres, verificou-se que, dos doentes que tinham tido alta, só 75% tinham o CPA elaborado, antes da saída do hospital, e apenas a 50% desses doentes foi entregue uma cópia do CPA, assim como só 50% sabiam quem era o seu coordenador de cuidados, no momento da alta.

Outra constatação, que resultou desse estudo (Wolfe, 1997), consistiu na discrepância existente entre as necessidades identificadas pelos técnicos e pelos utentes, assim como um baixo envolvimento dos familiares na elaboração do CPA.

Holloway (1995) referiu os seguintes factores, que podem dificultar uma adequada elaboração do CPA: não ter ocorrido uma preparação prévia; não ter havido agendamento para o executar; ausência de uma reflexão adequada ou uma abordagem superficial; inadequada comunicação com os doentes e/ou familiares ou o não envolvimento dos mesmos.

Desde então, a situação evoluiu, mas não de forma uniforme. Em alguns serviços de saúde mental, as questões burocráticas prevaleceram sobre a operacionalidade do CPA, enquanto em muitos outros sucedeu exactamente o contrário (*Health Advisory Service, UK*, 2003).

Outro estudo, realizado por Downing e Hatfield (1999), em que avaliaram a aplicação do CPA, durante seis meses num serviço de psiquiatria, os autores concluíram que, na maioria dos casos, ocorreu o que designaram por uma aplicação adequada do mesmo. Nesse serviço, os profissionais efectuaram uma avaliação individualizada das necessidades de saúde e sociais, envolvendo, na maioria dos casos, o doente e a família e a elaboração do CPA foi orientado pelo técnico de referência.

Na aplicabilidade do *Care Program Approach* também tem sido considerado como relevante:

- A simplicidade do processo. Tom Burns (2004), por exemplo, referiu as vantagens em resumir o essencial do CPA a uma folha A4, objectiva, escrita numa linguagem acessível, facilmente consultada por todas as partes envolvidas, e salientou a sua experiência positiva nesse sentido, no Serviço de Psiquiatria do *St. George's Hospital Medical School (London University)*.
- A utilização do CPA via electrónica, recorrendo aos meios informáticos, também pode facilitar os procedimentos, mas com as devidas adaptações, incluindo garantia da confidencialidade e acesso do doente à informação (Howells e Thompsell, 2002).
- O coordenador dos cuidados, e a equipa de saúde mental, não devem esquecer a realização de revisões, regulares e sistematizadas, com reajustamentos do CPA, sempre que necessário. Com a prática, vinte minutos podem ser suficientes para fazer a revisão do CPA (Burns, 2004).

Por outro lado, será também importante referir que a aplicação do CPA não deve excluir uma avaliação clínica rigorosa, realizada pelo psiquiatra, e outras avaliações multidisciplinares, efectuadas por outros profissionais, incluindo a avaliação de risco (Burns, 2004). Este instrumento deve contribuir para cuidados mais diferenciados e não para o reducionismo dos mesmos.

Em conclusão, o *Care Program Approach*, pode ser utilizado como um instrumento importante para a continuidade e coordenação de cuidados prestados a doentes mentais graves e a experiência da sua aplicação, com mais de duas décadas, no Reino Unido, poderá ser útil para outros países e culturas, desde que sejam efectuadas as devidas adaptações (Kingdon, 2007).

## 4.2. Cuidados Individualizados, Participados e Recuperação

Para todas as áreas da saúde, e na saúde mental em particular, é hoje considerado fundamental que as intervenções sejam adaptadas às especificidades da pessoa doente e às suas circunstâncias (Lieberman, 2008). Ou, como diz este autor, “*one size doesn’t fit all*”.

Não basta seleccionarmos as melhores intervenções, e com mais evidência científica, é também necessário desenvolver a capacidade de as adaptar às características da pessoa doente e **individualizar os cuidados** (Slade, 2009). Estes dois componentes não são inconciliáveis, mas exigem experiência e capacidade de adaptação.

A avaliação das necessidades, na perspectiva do doente, e a elaboração de planos individuais de cuidados são exemplo da integração desta perspectiva, na prática clínica e na investigação (King, 2007 e Thornicroft, 1996 e 2010).

A evolução recente, na prestação de cuidados de saúde mental e na saúde em geral, tem sido no sentido da individualização das respostas e, também, na **participação activa do próprio doente no seu tratamento** (Corrigan, 2008).

Num estudo de Hamman et al. (2005), os autores procuraram responder à seguinte questão: será que os doentes com esquizofrenia gostariam de ser envolvidos nas decisões, referentes ao seu tratamento médico?

Nesse estudo foram aplicados, a 122 doentes com esquizofrenia, três instrumentos (*Autonomy Preferences Index*, *Drug Attitude Inventory* e *Positive and Negative Syndrome Scale*), para além de um questionário sociodemográfico. A maioria dos doentes, manifestou vontade de participar nas decisões inerentes ao seu tratamento. No entanto, não pretendiam ser eles a decidir, mas sim participar na decisão, juntamente com o psiquiatra.

Nesse mesmo estudo, a intenção de participar nas decisões foi mais evidente nos doentes mais jovens, nos que tinham uma atitude mais negativa em relação à medicação e nos que já tinham sido internados compulsivamente.

Hamman (2011) realizou um estudo, mais recente, sobre as características que permitem distinguir os doentes com esquizofrenia que querem participar nas decisões referentes ao seu tratamento, dos que não o querem fazer.

Nesse estudo, o autor concluiu que os doentes insatisfeitos com os cuidados recebidos e com uma atitude mais céptica em relação à medicação foram os que mais queriam participar nas decisões. Por outro lado, os doentes com menos escolaridade e que entendiam ter insuficiente capacidade de decisão foram os que menos queriam participar nesse processo.

Devemos ter em consideração que o estudo referido foi efectuado na Alemanha e não temos conhecimento que tenha sido replicado em Portugal. De qualquer forma, salienta a importância de estarmos atentos à vontade dos doentes em participarem nas decisões relativas ao seu tratamento, às suas características e à variabilidade que poderá existir nos diferentes países e culturas.

**A participação do doente na elaboração do plano individual de cuidados e nas decisões relativas ao seu tratamento** tem-se revelado útil na prática clínica e com alguns resultados favoráveis, a nível da investigação (Mueser, 2002).

Foram realizadas vários estudos (Carpenter, 2000; Malm, 2003; Van Os, 2004; Stroup, 2008) que evidenciaram que esta participação é possível, para muitos dos doentes com esquizofrenia, e pode inclusive beneficiar o restante processo de tratamento e contribuir para melhorar os resultados e objectivos atingidos.

Para Miller (2011) é essencial que o plano se centralize nos problemas e nos objectivos dos doentes, e deve ser explícito e reflectir a linguagem destes.

Podem surgir algumas dificuldades em conciliar os objectivos definidos pelo doente com os considerados mais adequados pelos terapeutas ou pelos seus familiares.

Com o desenvolvimento de uma boa relação terapêutica, entre o terapeuta de referência e o doente, e uma genuína **elaboração conjunta do plano individual de cuidados** é, em geral, possível efectuar essa conjugação. No entanto, pode ser útil, em particular no início, efectuar um plano na perspectiva do doente (plano efectivo) e um segundo plano, complementar e provisório, na perspectiva e linguagem dos terapeutas (Miller & Velligan, 2011).

Na sequência da progressiva participação do doente no seu tratamento, surgiu um conceito e uma prática, habitualmente designados por modelo de decisão partilhada (Drake, 2009).

Podemos considerar a decisão partilhada, como o processo através do qual as opções sobre o tratamento a seguir, decorrem de uma atitude de colaboração mútua entre o doente e o terapeuta, podendo também ser envolvidos os familiares ou outros cuidadores (Corrigan, 2008).

Este modelo foi, inicialmente, desenvolvido no âmbito das doenças de etiologia predominantemente somática (Wennberg, 1991) e foi, posteriormente, aplicado na área da psiquiatria (Fenton, 2003; Hamann, 2003).

Para este modelo funcionar, serão úteis alguns passos prévios, no sentido do doente ficar mais autónomo e querer ter mais controlo, não só no seu tratamento como em relação à sua vida em geral. Para este poder decidir, será também necessário que esteja informado e, nesse sentido, a informação prévia sobre a doença e o tratamento também será fundamental (Mueser, 2002).

Na aplicabilidade, da decisão partilhada a pessoas com doenças mentais graves, podem surgir dificuldades ou limitações que têm sido consideradas, por alguns autores como foi o caso de Carpenter (2000) e Hamann (2007), que referiram como exemplo as situações em que ocorrem défices cognitivos marcados, em determinadas fases agudas da doença, ou quando o doente recebe informações erradas ou interpretações não verosímeis das mesmas.

Drake (2005 e 2009) salienta que, para os doentes mentais graves, este processo será mais fácil se ocorrer na sequência de uma evolução, na qual eles aprendem a lidar com a doença, retomar o controlo da sua vida, desenvolver autonomia, capacidade de afirmação e também de decisão. Este percurso evolutivo consiste no que, actualmente, se designa por recuperação (*recovery*).

Apesar de não ser o principal tema deste subcapítulo, não podemos deixar de referir a importância da mobilização dos familiares dos doentes e a participação activa destes nos tratamentos (Leff J., 2000; Gonçalves Pereira, 2006).

O “movimento” associativo, a nível dos familiares e através de associações de doentes, também tem vindo a desempenhar uma função importante, não só a nível de políticas de saúde mental e defesa dos respectivos direitos, mas também na organização de respostas mais específicas, como, por exemplo, na dinamização de grupos de ajuda mútua (GAM) e acções psicoeducativas (Corrigan, 2008).

Por último, a participação não se deve limitar aos doentes, familiares e profissionais, mas será também fundamental a **mobilização da comunidade** em geral para os problemas da saúde mental (WHO, 2003).

### **Recuperação (*Recovery*): paradigma da integração (Mike Slade, 2011)**

Poderá o conceito e a prática da recuperação (*recovery*)<sup>17</sup> ser um exemplo da integração de várias perspectivas, no tratamento de pessoas com doença mental grave?

Inicialmente, o termo recuperação (*recovery*) começou por ser mais utilizado e dinamizado pelos doentes, através de um processo de afirmação de uma abordagem menos centrada na doença e mais centrada na pessoa e na sua capacidade de retomar o controlo da sua vida, procurando alcançar novos objectivos (Slade, 2011).

A afirmação e a divulgação dos novos conceitos, inerentes à recuperação (*recovery*), começou nos anos 90 do séc. XX, nos países anglo-saxónicos, na qual participaram alguns nomes mais marcantes, como Coleman (1999), Davidson e Strauss (1992), Deegan (1997), Fisher (1994), O'Hagan(1996) e Ridgway (2001).

O grande impacto e generalização deste novo conceito em vários países foi, no seu conjunto, designado, por alguns autores, de “movimento da recuperação” (Peebles, 2007). Esta nova abordagem chegou a ser sentida como uma ameaça, por alguns profissionais de saúde mental que até então tinham definido o que entendiam por recuperação (Lehman, 2000).

Nas mudanças também existem riscos e um dos riscos consistiu em este “movimento” se distanciar dos serviços e cuidados de saúde ou até, sob o ponto de vista da pessoa doente, poder ocorrer a negação da patologia, a suspensão dos tratamentos e o agravamento do estado de saúde (Browne, 2008).

---

<sup>17</sup> A utilização do termo recuperação, em português, nem sempre corresponde aos conceitos habitualmente englobados na área da saúde mental, quando se utiliza a designação inglesa de *recovery*. A semelhança do que sucedeu no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2007) e na respectiva legislação, optámos por utilizar o termo, em português, **recuperação**. Quando pretendermos realçar os conceitos ou características inerentes à designação inglesa de *recovery*, iremos utilizar o termo em português seguido, entre parêntesis da designação em inglês, ou seja **recuperação (*recovery*)**, como aliás também ocorre no PNSM.

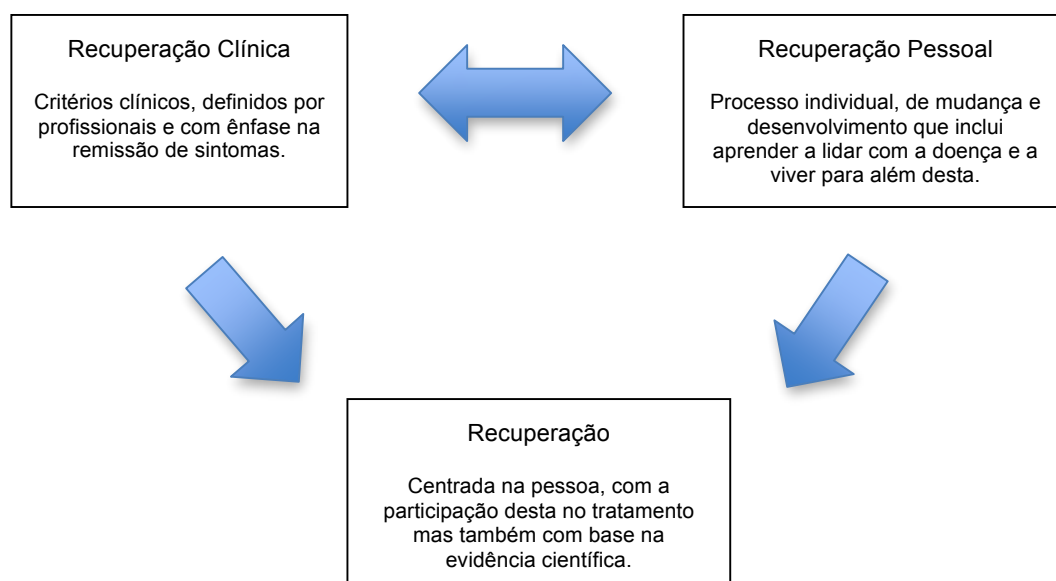
No entanto, no decurso do desenvolvimento da nova perspectiva de recuperação, nos anos 90 e nos últimos anos, os profissionais, as associações e as sociedades científicas também passaram a aderir e, em alguns casos, a articular com os doentes envolvidos nesse “movimento”. Ou seja, os fundamentos científicos e da recuperação clínica começaram a articular com o desejo de muitos doentes de efectuarem a sua recuperação pessoal (Lieberman, 2008).

Nesse sentido, Resnick (2004) efectuou um estudo, no qual avaliou dados referentes a 825 pessoas com esquizofrenia e, entre outros dados, constatou uma associação negativa entre gravidade dos sintomas psiquiátricos e recuperação e uma associação positiva entre a utilização dos serviços de saúde e recuperação. Concluiu, referindo que a perspectiva biomédica e da recuperação podem ser conciliáveis e até reforçarem-se mutuamente.

De realçar, que os conceitos inerentes à recuperação não constituem um tratamento per si, nem o resultado de um tratamento, mas têm correspondido a um conjunto de valores e princípios que podem orientar e influenciar as várias intervenções, projectos e programas (Perkins, 2003; Mueser, 2002; Peebles, 2007; Slade, 2009).

Uma das possibilidades de integração que o modelo de recuperação permitiu, com a sua evolução ao longo do tempo, consistiu em conjugar as duas perspectivas: recuperação clínica (*clinical recovery*) e recuperação pessoal (*personal recovery*) como se pretende demonstrar na Figura 1.

**Figura 1- Recuperação “Clínica” & Recuperação “Pessoal”**





A **recuperação clínica** (*clinical recovery*) é geralmente definida por médicos, psiquiatras ou outros clínicos creditados para o efeito, e tem por base critérios clínicos e por vezes também psicossociais.

Por exemplo, Liberman e Kopelowicz (2002), definiram, como critérios de recuperação clínica para a esquizofrenia: período de pelo menos dois anos consecutivos em remissão sintomática (BPRS com pontuação menor ou igual a quatro), com actividade vocacional ou formação profissional, conseguir viver sem necessidade de supervisão permanente da família, não estar totalmente dependente de subsídios, ter relações de amizade e actividades sociais.

Outro autor (Torgalsboen, 1999), propõe para os mesmos doentes outros critérios de recuperação clínica: diagnóstico prévio de esquizofrenia, sem critérios de diagnóstico no momento actual, sem internamentos nos últimos cinco anos, nível de funcionamento avaliado com a *Global Assessment of Functioning Scale* com pontuação superior a 65 e doses baixas de antipsicóticos (menor que 50% da dose média).

Assim, podemos referir como principais características da recuperação clínica (Slade M., 2009), ser dicotómica, comum para os vários doentes e definida por clínicos.

Ainda no contexto da recuperação clínica, e para as pessoas com esquizofrenia, a deterioração não é inevitável e vários estudos, com períodos de *follow-up* longos (20 a 35 anos), têm evidenciado que um número significativo de casos, com valores médios da ordem dos 50% (Slade, 2009), podem atingir a recuperação clínica (e.g. Huber, 1975; Ciompi & Muller, 1976; Bleuler et al., 1976 e 1978; Tsuang, 1979; Harding et al., 1987; Ogawa, 1987; Marneros, 1989; DeSisto, 1995; Harrison, 2001; Harrow, Grossman, Jobe, & Herbener, 2005).

O conceito de **recuperação pessoal** (*personal recovery*) teve uma evolução diferente e surgiu da afirmação de vários doentes que, apesar de saberem que tinham uma doença, pretendiam que a sua vida não se limitasse a essa condição e queriam evoluir para além da doença, como acontece com a maioria das pessoas.

William Anthony (1993), escreveu uma das definições mais utilizada internacionalmente e que resume o conceito de recuperação a três pontos:

- É um processo pessoal, único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objectivos, aptidões e funções, familiares e sociais;
- É uma forma de viver e de se realizar, com esperança, apesar das limitações que possam existir decorrentes da doença;
- A recuperação implica o desenvolvimento de um novo significado e sentido para a vida, à medida que o desenvolvimento pessoal evolui para além da doença.

De uma forma mas sintética, **recuperar** significa aprender a lidar com as dificuldades da doença e viver para além desta, retomando o controlo da sua própria vida e procurando alcançar os seus objectivos e sonhos (Coleman, 1999).

Uma das metáforas mais utilizadas, para dar sentido prático ao conceito de recuperação, consiste num caminho (***The Road of Recovery***) que os doentes podem percorrer (Deegan, 1997 e 2003; Roberts, 2004). Assim, e segundo estes autores, cada pessoa tem o seu caminho de recuperação, particular e único, num processo de mudança e desenvolvimento pessoal.

O caminho da recuperação não é um processo linear nem unidireccional. As pessoas evoluem, mas também têm momentos de retrocesso ou de menor progressão. O objectivo deste caminho não é atingir uma meta, mas desenvolver um processo (tabela 8) que se percorre ao longo da vida (Deegan, 1997 e 2003).

**Tabela 8 - Fases da Recuperação (Recovery)**

Fase I Sujeito à doença	Tratamento da fase aguda; intervenções farmacológicas e psicossociais; promover a adesão terapêutica e a estabilidade clínica; assegurar as necessidades básicas e reforço do suporte familiar e social.
Fase II Lidar com a doença	Aceitação progressiva da doença em paralelo com o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> ; prevenção de recaídas; melhoria de aptidões e contactos sociais; defesa dos seus direitos; procura de oportunidades na área formativa ou vocacional e início, ou reinício, dessas actividades; continuidade das intervenções farmacológicas e psicossociais.
Fase III Viver com a doença	Realizar actividades satisfatórias e procurar a realização pessoal; melhorar as relações humanas; razoável situação financeira; continuidade das intervenções farmacológicas e psicossociais e do acesso aos cuidados de saúde.
Fase IV Viver para além da doença	Manutenção das actividades anteriores, desempenho de uma função social gratificante; relações sociais mais próximas; continuidade dos cuidados de saúde, definição de novos objectivos e como os alcançar; promover a autonomia e melhorar a capacidade de decisão.

(adaptado de Anthony W. and Sullivan-Soydan, 2002)

Os novos conceitos de recuperação mudaram o paradigma existente, passando a colocar maior ênfase na pessoa e menor na doença. Como refere Mike Slade (2009 e 2011), inverteu-se a perspectiva, passando a doença mental a fazer parte da pessoa e não a pessoa a identificar-se com a doença.

Face à sua importância na Saúde Mental, o conceito de recuperação passou a ser utilizado por associações e instituições (e.g. British Psychology Society, 2006; Royall College of Psychiatrists, 2007; College of Occupational Therapists, 2006; Mental Health Nurses D. H, 2006; APA Guidelines, 2009). Muitas associações e estruturas de Reabilitação Psicossocial substituíram o termo de reabilitação por recuperação.

Este conceito, e as ideias que lhe estão subjacentes, também têm sido utilizado pela OMS e influenciado serviços de saúde mental ou mesmo planos de organização de vários países, como sucedeu em 2007 com o Plano Nacional para a Saúde Mental, em Portugal, elaborado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM, 2007).

Nesse Plano, a recuperação (*recovery*) é considerada como um dos valores subjacentes ao mesmo e que determina um dos seus princípios “os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto-determinação e a procura de um caminho próprio, por parte das pessoas com problemas de saúde mental” (CNRSSM, 2007 e CNSM, 2008).

Perante a multiplicidade de conceitos de recuperação, e por vezes até uma utilização excessiva do termo, têm sido efectuados estudos internacionais para procurar consensos em relação às suas principais características (Slade e Amering, 2008).

Estes consensos resumem as características relacionadas com os conceitos de recuperação (Slade, 2009) da seguinte forma :

- Cuidados individualizados e centrados na pessoa que os recebe;
- Participação activa do doente no seu tratamento e nas decisões do mesmo;
- Promoção da auto-determinação e da escolha de um caminho próprio;
- Promoção do “*empowerment*” (e.g. reforçar a capacidade da decisão do doente e de assumir o controlo da sua própria vida);
- Abordagem holística;
- Processo admitido como não linear nem unidirecional;
- Baseado nas potencialidades;

- Apoiado por pares (*peer support*);
- Respeito;
- Responsabilidade;
- Esperança.

Concluindo, a evolução dos cuidados de saúde mental, no sentido de intervenções mais individualizadas, participadas e no contexto da recuperação, colocam desafios que os profissionais devem considerar na sua prática clínica e no desenvolvimento de novos projectos ou programas.

#### 4.3. Planos Individualizados de Cuidados para Doentes Mentais Graves

Na sequência dos dois últimos subcapítulos surge a seguinte questão: como desenvolver um plano individualizado de cuidados para pessoas com doença mental grave, quais as características e os elementos que devem ser incluídos nesse plano?

A terminologia utilizada para designar estes planos não é uniforme, mas de acordo com o sentido dominante da literatura consultada (e.g. WHO, 2001 e 2007; *Department of Health* do Reino Unido, 1990, 1995 e 2008; Burns, 2004; Slade, 2006; Mueser, 201; Liberman, 2008), os termos individualização e cuidados são os mais utilizados. No Plano Nacional de Saúde Mental (2007) também consta a designação de planos Individuais de cuidados (PIC), que optámos por manter.

O termo **cuidados** designa a aplicação de um modelo clínico numa abordagem bio-psico-social e holística e não apenas no sentido biomédico ou de uma utilização mais paternalista do mesmo. Em simultâneo, é um termo amplamente utilizado na área da saúde em Portugal, e que engloba várias intervenções.

A experiência da aplicação do *Care Programme Approach* (CPA), no Reino Unido, desde 1991, descrita anteriormente, é um exemplo da utilização de planos individuais de cuidados para doentes mentais graves.

De acordo com Burns (2004) e Kingdon (2007), a aplicação do CPA na prática clínica tem sido muito variável. Em alguns serviços de saúde mental, o CPA foi entendido como uma sobrecarga burocrática, enquanto noutros foi considerado muito útil e tornou-se um instrumento operativo e organizador.

Nos serviços e equipas em que os técnicos participaram na elaboração dos documentos de suporte ao CPA, e a sua aplicabilidade foi discutida entre os profissionais, verificou-se uma melhor utilização do mesmo (Burns, 2004).

Na tabela 9, apresentamos as características essenciais que devem ser consideradas na elaboração e utilização de um plano individual de cuidados para doentes mentais graves.

**Tabela 9 - Características essenciais a considerar na elaboração e utilização de um Plano Individual de Cuidados (PIC):**

1. Simples e operativo (de preferência numa única folha A4 ou “página” no computador);
2. Designação de um terapeuta de referência, que elabore o PIC com participação activa do doente e, se possível, com o envolvimento da família;
3. Avaliação sistemática e individualizada das necessidades de saúde, sociais e psicossociais e indicação das respectivas respostas;
4. Os problemas, as necessidades e as respostas devem ser indicados na perspectiva do doente, após adequada informação e numa linguagem que este entenda facilmente;
5. O PIC deve ser escrito, explícito e objectivo;
6. Na formulação do PIC, devem ser identificadas as várias intervenções, quem as vai realizar e quando vão ser avaliados os resultados;
7. Para além de reflectirem o ponto de vista do doente, as intervenções devem também, na sua maioria, ser baseadas na evidência científica;
8. Reflectir um compromisso e responsabilidade do doente e das partes envolvidas;
9. Reforçar e estimular o doente a desenvolver as suas potencialidades;
10. Encorajar o doente a desenvolver progressivamente a sua capacidade de tomar decisões e opções, face à sua vida;
11. O PIC deve ser revisto, sempre que as circunstâncias do doente se alterem, surjam novas intervenções ou as respostas utilizadas não atinjam os resultados pretendidos;
12. Deve ser efectuado revisões regulares do PIC, com datas pré-definidas e, no máximo, de 6 em 6 meses.

Adaptado de Burns (1997, 2004), Kingdon (2005) e Liberman (2008)

Na elaboração e revisão dos planos individuais de cuidados devem participar o terapeuta de referência, o doente e a família (excepto se o doente não autorizar) e, sempre que possível, o psiquiatra assistente (Burns, 2004).

Em alguns casos, poderá também ser útil o envolvimento do médico de família, nomeadamente se o doente tiver comorbilidade somática grave (Bindman, 1997). Os outros elementos da equipa de saúde mental também podem participar e, em particular, os que vão realizar intervenções específicas (Belling, 2011). Se ocorrerem dificuldades em reunir os vários elementos, a elaboração do PIC poderá ser feita em tempos diferentes e por fases.

**No contexto nacional**, e a nível dos cuidados continuados integrados em saúde mental, é referida na respectiva legislação (Decreto-Lei nº8/2010) a necessidade de se elaborar um plano individual de intervenção (PII), que tem algumas características em comum e outras distintas em relação ao que consideramos ser o plano individual de cuidados.

O desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados, em saúde mental, é fundamental para o tratamento e reabilitação psicossocial de doentes mentais graves, mas a sua abordagem ultrapassa o âmbito desta dissertação. Iremos fazer apenas referência ao designado plano individual de intervenção e à eventual articulação deste com o plano individual de cuidados.

Na portaria nº149 /11 de 8 Abril, referente ao Decreto Lei dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (CCISM), no artigo 11º, é definida a obrigatoriedade dos doentes, em cuidados continuados, terem um processo individual e um dos elementos desse processo consiste no plano individual de intervenção (PII).

Nessa portaria, consta que “é obrigatória a elaboração do plano individual de intervenção, que estabelece o conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos psíquicos como sociais”.

Na mesma legislação também está mencionado que o plano individual de intervenção deverá ser elaborado pelos elementos da equipa técnica da instituição que presta os cuidados continuados, tendo em consideração as orientações da equipa local de saúde mental ou da instituição de saúde que o acompanha, designadamente do terapeuta de referência.

Assim, um plano individual de intervenção deverá ser desenvolvido, no contexto dos cuidados continuados, por elementos da equipa técnica da instituição (e.g. IPSS) responsável pela prestação desses cuidados. É também salientada a necessária articulação com os serviços locais de saúde mental, onde pode existir um terapeuta de referência que poderá ter contribuído para elaborar um plano individual de cuidados para o mesmo doente.

Na distinção, conceptual e de funcionamento, que efectuámos entre o terapeuta de referência e o técnico de referência, no capítulo da gestão de casos (*case management*), o PIC deveria ser elaborado pelo primeiro e o PII pelo técnico de referência.

Em algumas instituições (IPSS) da área da Reabilitação Psicossocial, os técnicos continuam a utilizar o termo PIR (plano individual de reabilitação)<sup>18</sup>, uma designação que poderá vir a ser substituída por plano individual de intervenção, à medida que algumas dessas instituições venham a participar na rede de cuidados continuados.

Nas sessões de formação que efectuámos para profissionais da maioria dos serviços de saúde mental em Portugal (Programa CIR /Proform, CNSM, 2008 e 2009), verificámos que a utilização de planos individualizados de cuidados, ou outros planos de tratamento, longe de ser uma regra, tem sido uma prática de excepção.

Muitos desses profissionais referiram que, com frequência, têm que lidar com doentes e familiares que evidenciam dificuldades em tomar decisões e em participar activamente no tratamento. No entanto, essa atitude está a mudar progressivamente, em particular nos doentes mais jovens.

Estas dificuldades podem também ser reflexo de hábitos desenvolvidos ao longo de anos em que se verificou uma atitude mais directiva, ou mesmo paternalista, da parte dos profissionais de saúde. A educação, a cultura e a atitude da sociedade, face aos problemas de saúde mental e aos cuidados de saúde em geral, são também factores relevantes a considerar.

---

<sup>18</sup> A designação de plano individual de reabilitação (PIR) foi, e ainda é, muito utilizada nas estruturas de reabilitação psicossocial, embora tenha tido mais relevância nos anos 80 e 90, do século XX. O PIR aborda, com particular destaque, o desenvolvimento de aptidões e competências necessárias para o doente atingir os seus objetivos (Anthony W. e Farkas M., 2002).

# **Parte I**

## **Capítulo 5**

Programas de Cuidados Integrados para Pessoas  
com Esquizofrenia ou Perturbação Esquizoafectiva



## 5.1. Planos, Programas, Projectos e Cuidados Integrados

A utilização dos termos **planos, programas e projectos** nem sempre é efectuada da mesma forma e o mesmo se passa com os termos correspondentes consultados na literatura científica em inglês.

Fazendo referência, em primeiro lugar, à literatura nacional, num artigo de Sena, Ferrinho e Pereira Miguel (2006) são salientadas as dificuldades encontradas na criação de consensos na definição destes termos e são apresentadas algumas propostas, umas mais específicas, como por exemplo, mais ligadas a teorias económicas, e outras, mais gerais, também aplicadas à área da saúde. Estes últimas, mais gerais, foram definidas por estes autores da seguinte forma:

**-plano:** mais orientado para valores; define grandes orientações estratégicas e identifica prioridades, que podem englobar um conjunto de programas;

**-programa:** refere-se a um conjunto de especificações e instruções, que integram recursos e serviços, de forma a dar uma resposta coordenada a objectivos estratégicos, podendo ou não englobar um conjunto de projectos;

**-projecto:** deverá ser baseado na melhor evidência científica e constitui um elemento unitário do programa, uma tarefa que, ao ser realizada, resultará num resultado ou produto bem definido (por exemplo através das metas *smart*<sup>19</sup>).

Noutra perspectiva mas com conceitos semelhantes, Imperatori e Giraldes (1993) definem: **plano**, como um instrumento para a implementação de uma política; **programa**, como um conjunto de actividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros que são geridos por um mesmo organismo; **projecto**, como sendo uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, e que visa obter um resultado específico, contribuindo assim para a execução de um programa.

---

<sup>19</sup> Uma meta *smart* é específica, mensurável, alcançável, realista e temporalmente limitada ([http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040310\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040310_2)).

Estes últimos autores, salientam a importância de uma adequada articulação e convergência entre os planos, programas e projectos, numa determinada área, de modo a ser possível alcançar os respectivos objectivos.

A nível internacional e para a Saúde Mental, referimos a perspectiva de um conjunto de peritos que elaboraram, para a OMS, o manual *Mental Health Policy, Plans and Programmes* (WHO, 2004), que distinguem planos de programas em saúde mental.

Em termos gerais, os **planos de saúde mental** promovem políticas, definem valores, objectivos e estratégias, geralmente a nível nacional, para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de perturbações mentais.

Por sua vez, os **programas de saúde mental**, são mais específicos, geralmente focados numa prioridade ou objectivo, para uma determinada área, mais ou menos abrangente e por um período de tempo mais curto.

Dentro das várias características dos programas, estes podem ser **verticais ou horizontais**, assim como as estruturas onde estes funcionam ou estão a ser implementados.

Os programas horizontais estão habitualmente associados a serviços prestados ao mesmo nível, enquanto os verticais utilizam formas de actuação específicas, em diversos níveis, num determinado serviço, ou entre vários serviços articulados, mas geralmente com hierarquias diferentes (Brown A., 2001).

Existem várias teorias sobre as vantagens e desvantagens dos programas horizontais e verticais, mas cujo desenvolvimento ultrapassa o âmbito deste estudo.

Em relação ao conceito de **integração**, este foi definido pela OMS (WHO,1996) como o desenvolvimento de uma série de acções, envolvendo diversas estruturas administrativas independentes, e mobilizando esforços e ideias de várias pessoas, no sentido de se alcançarem objectivos comuns.

Goodwin (2007) salientou que, apesar de não existir consenso sobre qual a melhor taxonomia, para os cuidados integrados, em geral, é considerado como fundamental que o nível de integração esteja de acordo com as características e necessidades dos doentes.

No sentido mais lato, Imperatori e Giraldes (1993) definem o **programa integrado** como sendo um conjunto coerente de actividades, que visam atingir um objectivo comum e que resultam da agregação de diversos programas ou projectos, cuja execução compete a diferentes sectores da sociedade.

No fundo, com este conceito mais lato de integração, pretendemos salientar que a resolução dos problemas de saúde não pode residir, em exclusivo, no sector da saúde, mas resultar de um conjunto de esforços, envolvendo também outros sectores, nomeadamente social e económico (Sena S., Ferrinho P., Pereira Miguel, 2006).

Na aplicação destes conceitos à nossa realidade, e para a saúde mental, podemos referir que, em 2006, foi criada pelo Ministério da Saúde a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que efectuou uma análise da prestação de cuidados de saúde mental em Portugal, e propôs um plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento desses serviços, bem como recomendações para a sua implementação (PNSM 2007-2016). Surgiu assim o **Plano Nacional para a Saúde Mental**, já abordado no capítulo da introdução.

Conforme consta desse plano (PNSM 2007-2016), o êxito da implementação do mesmo dependerá de vários factores, entre os quais o desenvolvimento de **planos estratégicos** regionais, a nível das Administrações Regionais de Saúde (ARS), e locais, nos vários serviços de saúde mental e psiquiatria.

Na mesma sequência, e também no PNSM, é recomendado, a nível local, o desenvolvimento de **programas** que assegurem a prestação de cuidados integrados na comunidade, em particular para os doentes mentais graves.

Anteriormente, e igualmente para estes doentes, Ian Falloon (1993) tinha considerado o **modelo de cuidados integrados como a conjugação dos esforços dos profissionais, do doente, da família, dos cuidadores informais e restantes recursos na comunidade, de forma a que a pessoa doente consiga ter uma vida com qualidade e integrada na sociedade.**

Esta última conceptualização <sup>20</sup> está de acordo com o que consideramos, nesta dissertação, como cuidados integrados para doentes mentais graves e que explicitamos, através dos seguintes pontos:

1. Cuidados que pretendem promover a integração de pessoas com doença mental grave na sociedade e mobilizar a participação activa destas na sua recuperação;
2. Recorrendo ao trabalho integrado de vários profissionais;
3. Através da integração de várias intervenções, utilizadas de forma individualizada, estruturada e coordenada;
4. Com a mobilização e a participação da família, cuidadores informais e da comunidade em geral.

## **5.2. Programas de Cuidados Integrados para DMG**

Iremos, em primeiro lugar, referir os programas integrados para doentes mentais graves com maior relevo na literatura e que mais influência tiveram na elaboração desta dissertação. Posteriormente, e de uma forma mais sintética, abordaremos outros estudos igualmente importantes, nomeadamente pelas suas características particulares.

### **5.2.1. Tratamento Assertivo na Comunidade**

As aplicações do modelo denominado Tratamento Assertivo na Comunidade (*Assertive Community Treatment*), desenvolvido em Madison, nos Estados Unidos da América, por Stein e Test (1980,1985), têm representado exemplos paradigmáticos de programas de cuidados integrados para DMG na comunidade (King, 2007).

---

<sup>20</sup> Será importante distinguir este conceito de outras aplicações do termo integrar ou cuidados integrados, que são utilizados na área da saúde. São exemplos, as referências efectuadas a programas para pessoas com doença mental grave e problemas de toxicodependência, geralmente designados como tendo duplo diagnóstico (Torrey, 2011), a articulação entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários e/ou serviços a nível hospitalar (Lieberman, 2008) ou a designação de gestão integrada da doença (<http://gid.min-saude.pt> e Escoval A., 2010). Todas estas abordagens são importantes, inclusive para os DMG, mas correspondem a conceitos diferentes.

Os resultados do Tratamento Assertivo na Comunidade foram apresentados no capítulo três e, neste ponto, salientamos apenas esta abordagem como um dos modelos mais relevantes de cuidados integrados para pessoas com DMG.

### **5.2.2. *Optimal Treatment Project (OTP)***

Em 1997, tivemos conhecimento deste projecto (*Optimal Treatment Project*), na sequência de um contacto com Ian Falloon, que posteriormente nos enviou o protocolo da investigação. O projecto já tinha sido iniciado, como um estudo multicêntrico, no qual vieram a participar oitenta e dois centros de vinte e um países, mas não incluiu a participação de nenhum serviço de saúde mental português.

O *Optimal Treatment Project* (Falloon et. al., 1998, 1999, 2004) tinha como objectivo geral avaliar os benefícios e custos da aplicação de intervenções baseadas na evidência, incluindo as melhores estratégias biomédicas e psicossociais, de acordo com o estado da arte, no tratamento de doentes com esquizofrenia.

Um dos motivos que levou Ian Falloon (2004) e os restantes participantes no estudo a realizarem esta investigação consistiu no facto de que, embora existam intervenções psicossociais de efectividade cientificamente comprovada para o tratamento de doentes com esquizofrenia, estas, na realidade, não são utilizadas na maioria dos serviços.

Na avaliação inicial efectuada no *Optimal Treatment Project*, os autores desse projecto constataram que, a nível internacional, as intervenções usadas consistiam essencialmente na terapêutica farmacológica, elemento fundamental mas considerado pelos mesmos como insuficiente.

As intervenções que vieram a ser recomendadas no projecto incluíram o treino de aptidões sociais e ocupacionais, a psicoeducação a doentes e familiares, modelos de *case management* mais assertivos, estratégias de adesão ao tratamento farmacológico, estratégias de *coping* com a doença, com os sintomas e com situações de *stress*, técnicas de resolução de problemas e prevenção de recaídas.

No *Optimal Treatment Project* participaram equipas multidisciplinares dos vários centros, constituídas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos superiores do serviço social e terapeutas ocupacionais.

Estes profissionais receberam, antes de iniciarem as intervenções, entre sessenta a cem horas de formação, consoante os centros, e foi elaborado um manual para os técnicos e outro para os doentes, traduzido nas várias línguas e com as respectivas adaptações culturais.

Na grande maioria dos centros de investigação, o estudo foi realizado sem grupo de controlo, mas em quatro desses centros foram realizados estudos aleatorizados e controlados, que compararam o *Optimal Treatment Project* com modelos de *case management convencionais*, correspondentes à prática habitual nesses serviços. Os resultados foram significativamente melhores para os doentes que receberam a intervenção do projecto.

Em relação aos resultados globais, após dois anos de intervenção, ocorreram melhorias significativas para a maioria das variáveis avaliadas, nomeadamente em termos de psicopatologia, incapacidade social, utilização de recursos na comunidade e interferência do *stress* na vida do doente e dos seus familiares.

Os principais instrumentos de avaliação utilizados foram os seguintes: Brief Psychiatric Rating Scale (Ventura, 1993), *Global Carer Stress Scale* (Falloon, 1985), *Disability Index and Distress Scales* (Rosser, 1978), *Mental Function Impairment Scale* (Guy, 1976) e *Community Resource Utilisation Inventory* (Cardin, 1985).

No *Optimal Treatment Project* foram elaborados planos individuais de cuidados, com definição dos objectivos do tratamento. As aplicações destes planos não foram especificamente investigadas mas os autores do estudo admitiram como hipótese que a sua utilização possa ter contribuído para os resultados atingidos e para uma melhor coordenação das intervenções.

Se, para a maioria dos doentes, os resultados foram positivos, constatou-se que não ocorreu melhoria em 25% dos participantes com primeiro episódio psicótico, e em 40% dos doentes com doença de evolução prolongada.

Uma das limitações referida neste estudo teve a ver com a multiplicidade de centros envolvidos em vários países, com diferentes sistemas de saúde, realidades e culturas. A variabilidade do que se entendia por cuidados de saúde mental convencionais (*standard*) em cada país também dificultou a uniformização de critérios e as comparações posteriores.

Outras dificuldades do *Optimal Treatment Project* consistiram no difícil envolvimento dos familiares e de outros cuidadores informais, na alteração às recomendações para o tratamento farmacológico e no desenvolvimento de métodos que contribuiriam para os doentes aumentarem a sua rede de contactos sociais e as suas actividades ocupacionais.

Resumindo, esta investigação multicêntrica evidenciou que a integração de intervenções farmacológica, psicológica e psicossocial pode contribuir para melhorar o tratamento dos doentes com esquizofrenia ou perturbação esquizoaffectiva. Contudo, são necessários estudos adicionais, com intervenções mais específicas, avaliação de mais variáveis, com instrumentos de uso mais frequente, mais facilmente comparáveis e entre grupos de doentes mais homogêneos.

Como Ian Falloon acrescenta, no fim de um dos seus artigos em 2004, com o *Optimal Treatment Project* “estava-se apenas no começo de um caminho para o desenvolvimento de estudos e práticas na integração destas várias intervenções”.

### **5.2.3. *Insight Study***

Este estudo, conhecido por *Insight Study*, e desenvolvido por Douglas Turkington e David Kingdon (2002), foi efectuado para verificar se uma abordagem cognitivo-comportamental breve poderia contribuir para os doentes com esquizofrenia diminuírem a sintomatologia, o número de internamentos, melhorarem o *insight* e aumentarem o número de actividades sociais e ocupacionais.

Os componentes desta abordagem cognitivo-comportamental foram referidos no capítulo 2. Aqui apresentamos os dados complementares e mais específicos que dizem respeito ao estudo, nomeadamente as suas características e os seus resultados:

- Estudo aleatorizado e controlado, que comparou um grupo de doentes que recebeu a abordagem cognitivo-comportamental breve com outro grupo que efectuou o tratamento considerado como convencional no Reino Unido;
- Realizado no contexto das equipas de saúde mental comunitárias;
- Com base no modelo clínico de *case management*, previamente existente e comum aos dois grupos;

- Cada doente, em ambos os grupos, tinha um plano individual de cuidados, elaborado no âmbito do *Care Program Approach*, e um terapeuta de referência;
- Ambos os grupos receberam terapêutica farmacológica;
- A abordagem cognitivo-comportamental breve foi realizada por enfermeiros especialistas em saúde mental comunitária, que receberam formação adicional específica (durante dez dias) e, posteriormente, uma supervisão regular, na maioria dos casos com periodicidade semanal;
- Estes enfermeiros efectuaram seis sessões com o doente e três com a família (para o grupo que recebeu a intervenção), e utilizaram materiais psicoeducativos escritos, complementares às sessões para os doentes e familiares (e.g. anexo 8).

Um ano após a intervenção (Turkington, 2006), o grupo que recebeu a abordagem cognitivo-comportamental apresentou melhores resultados em relação ao *insight*, menos recaídas, menos internamentos e menor duração destes últimos.

Contudo, não ocorreram diferenças significativas em relação aos sintomas psicóticos nem em relação a outros sintomas, incluindo os depressivos. Também não ocorreu melhoria em termos de recuperação ocupacional.

A abordagem utilizada no estudo é descrita em manual próprio (Turkington, 2000 – anexo 9) permitiu a integração das várias intervenções (e.g. psicoeducação, intervenção familiar, prevenção de recaídas e estratégias para lidar com os sintomas e a doença) que, no seu conjunto correspondem a um programa de cuidados integrados.

Este estudo evidenciou que uma abordagem cognitivo-comportamental breve e integrada pode ser exequível, no contexto das equipas de saúde mental comunitárias, por profissionais de saúde mental com experiência em lidar com estes doentes, mas sem formação especializada como psicoterapeutas.

Apesar dos resultados positivos alcançados no *Insight Study* com um número muito reduzido de sessões, os seus autores (Kingdon e Turkington, 2006) recomendaram períodos mais longos de intervenção, com cerca de vinte sessões. Em termos da formação dos terapeutas, consideraram útil um processo de formação continuado, para além do curso de dez dias de formação inicial dos terapeutas, e das supervisões regulares.



#### 5.2.4. *Illness Self-Management Programs*

Os *illness self-management programs* <sup>21</sup>, são **programas integrados de manejo pessoal da doença**, cujo desenvolvimento tem merecido particular destaque nos EUA e com adaptações em outros países.

Kim Mueser e Susan Gingerich (2011) definem, na área da saúde mental, estes programas como um conjunto de estratégias e intervenções que pretendem contribuir para que a pessoa com doença mental aprenda a lidar com o seu problema de saúde.

Este processo implica, não só a participação activa dos doentes, mas também uma atitude de colaboração entre estes, os profissionais, os familiares e os cuidadores informais (Drake, 2005; Mueser, 2011).

Outra característica habitual destes programas de manejo pessoal da doença consiste na selecção de **intervenções baseadas na evidência científica**, muitas destas já abordadas no capítulo 2. Estas intervenções são, em geral, dinamizadas por profissionais em colaboração com os doentes que, posteriormente, as devem aplicar de forma mais autónoma.

Mueser e colegas (2001, 2005 e 2011) recomendam que, nestes programas, sejam consideradas as seguintes abordagens:

- Estratégias de motivação do doente para o programa;
- Psicoeducação adaptada às características e vivências do doente;
- Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica e promoção de uma boa utilização da mesma;
- Intervenção em relação ao consumo de drogas, incluindo o álcool, ou prevenção desses consumos;
- Desenvolvimento de técnicas para lidar com situações de stress;

---

<sup>21</sup> Na ausência de uma tradução considerada adequada, em português, iremos utilizar a designação em inglês *illness self-management programs* como correspondente à definição e conceitos referidos por Kim Mueser e Susan Gingerich (2011) e explicitados no texto. Apesar desta definição ser muito utilizada, os respectivos termos, em inglês, também têm sido aplicados com outros sentidos, referindo-se, por exemplo, a intervenções de auto-ajuda ou em grupos de ajuda mútua. Estas últimas são importantes, e de alguma forma relacionadas, mas distintas da definição utilizada nesta dissertação.

- Estratégias para lidar com os sintomas, inclusive quando estes são persistentes no tempo;
- Desenvolvimento de um plano de prevenção de recaídas;
- Criação ou reforço de redes de suporte social.

Os *illness self-management programs* estão também relacionados com o movimento de recuperação (*recovery*), tendo em muitos destes programas sido adoptados os conceitos da recuperação.

Estes programas pretendem que o doente aceite e lide melhor com a sua doença, tenha uma boa adesão terapêutica, prevenindo assim as recaídas. Estes passos são fundamentais no caminho da recuperação e vão permitir que a pessoa doente retome, de alguma forma, o controlo da sua vida e defina objectivos para além da doença (Drake, 2005).

Ultimamente também tem sido utilizada a designação de *illness management and recovery*, com a conjugação das duas perspectivas (Mueser & Gingerich, 2011). Nestes programas pretende-se que o doente, para além de participar activamente no seu tratamento, desenvolva esforços no sentido da recuperação.

Na prática foram desenvolvidos, ao longo do tempo, vários exemplos de programas com as características de *illness self-management programs*, no todo ou em parte. A abordagem de Hogarty, designada por *Personal Therapy* (1995) e adiante descrita, foi um exemplo precursor. Outro exemplo, consistiu num programa desenvolvido por Liberman em 1993, com aperfeiçoamentos posteriores (Liberman, 2008), correspondente a várias intervenções estruturadas por módulos e denominado *Social and Independent Living Skills* ([www.psychrehab.com](http://www.psychrehab.com)).

O programa, conhecido por *Team Solutions* (Vreeland, 2006) também tem sido descrito como um *illness self-management program* para pessoas com DMG. Tem várias intervenções mas com um pendor particular na psicoeducação.

Os resultados publicados (Vreeland, 2006) da aplicação deste último programa a doentes com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva, através de um estudo aleatorizado e controlado, evidenciaram vantagens para o grupo que recebeu a intervenção na aquisição de conhecimentos sobre a doença, mas não em relação à adesão ao tratamento, redução sintomática e funcionamento global.

Um dos *illness self management programs* mais abrangentes, desenvolvido por Susan Gingerich, Kim Mueser et al. (2005), foi denominado de ***Illness Management and Recovery Program***. É um dos programas recomendados para DMG pelo *Substance Abuse and Mental Health Services* (SAMHSA), nos EUA, sobretudo porque as intervenções incluídas foram todas baseadas na evidência científica.

O manual prático, destinado a implementar este programa (*Illness Management and Recovery Implementation Resource Kit*), foi o manual que, com as devidas autorizações, utilizámos e adaptámos em Portugal (2008), para uma formação nacional, com o título de Cuidados Integrados e de Recuperação.

Nos anos de 2008 e 2009, o autor desta dissertação foi formador e coordenou uma equipa de formadores que utilizaram esse manual num programa denominado: **Programa de Formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave (CIR)**.

Este programa pretendia melhorar a prestação de cuidados a doentes mentais graves, a nível nacional, e foi desenvolvido no âmbito das acções de formação promovidas pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental e do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

O impacto da utilização deste manual, em Portugal, não foi especificamente estudado, mas podemos referir que teve boa aceitabilidade da maioria dos cerca de 300 profissionais de saúde mental de trinta e quatro serviços de saúde mental que receberam esta formação. Nas reuniões de monitorização, após seis meses da formação, o *feedback* da sua aplicabilidade junto dos doentes foi favorável. No entanto, foram sugeridas várias adaptações e alterações ao manual, de forma a corresponder melhor à nossa realidade, que foram sendo progressivamente introduzidas. Os pormenores dessas alterações ultrapassam o âmbito da presente dissertação.

Em suma, como referido por Kim Mueser (2002), um dos principais dinamizadores deste tipo de programas, “os doentes com esquizofrenia conseguem, em geral, participar activamente no seu tratamento e ser eles próprios um importante agente de mudança”. Motivá-los e fornecer-lhes as “ferramentas” necessárias para este processo são características centrais destes programas.

## 5.2.5. Outros Estudos com Cuidados Integrados para DMG

### 5.2.5.1. Estudos de Hogarty

Durante a sua carreira, Gerard Hogarty desenvolveu e estudou várias intervenções psicossociais integradas no tratamento da esquizofrenia, que viriam mais tarde a constituir práticas baseadas na evidência científica (Eack, 2007).

Podem ser distinguidos quatro marcos fundamentais nos estudos de Hogarty, desenvolvidos ao longo do tempo: 1) *Major Role Therapy*; 2) Psicoeducação familiar e treino de aptidões sociais, 3) *Personal Therapy* e 4) Terapia de estimulação cognitiva.

A intervenção designada por ***Major Role Therapy*** pode ser considerada como **percursora do modelo clínico do case management** e foi utilizada no estudo *NIMH Collaborative Outpatient Study in Schizophrenia* (Hogarty et al., 1974). Nesse estudo, com a duração de dois anos, foi também avaliado o tratamento farmacológico com clorpromazina.

Essa intervenção psicossocial (*Major Role Therapy*) teve como base um suporte profissional a pessoas com esquizofrenia, individualizado e estruturado, a mobilização de recursos na comunidade e a reabilitação vocacional, de forma a que esses doentes consigam desempenhar uma função social.

Os resultados, para além do interesse histórico, evidenciaram conclusões que continuam a ser relevantes na actualidade, como por exemplo a importância da manutenção da terapia com antipsicóticos para evitar recaídas, a vantagem da associação das intervenções psicossociais, mais evidentes ao longo do tempo, e os riscos e os maus resultados obtidos quando estas últimas são utilizadas isoladamente, sem farmacoterapia associada.

Outra investigação realizada por Hogarty et al. (1986 e 1991), sobre **psicoeducação familiar, treino de aptidões sociais e manutenção do tratamento farmacológico**, também tem sido considerada um dos **estudos percursores, neste caso da integração de várias intervenções** psicossociais e psicofarmacológicas no tratamento da DMG (Eack, 2007).

Neste último estudo participaram doentes com os diagnósticos de esquizofrenia e perturbação esquizoaffectiva que tinham tido alta hospitalar, tendo sido efectuado um *follow-up* de dois anos após a intervenção.

Os doentes da amostra em estudo foram distribuídos aleatoriamente por quatro grupos que receberam as seguintes intervenções: 1) intervenção familiar e medicação, 2) treino de aptidões sociais e medicação, 3) intervenção familiar, treino de aptidões sociais e medicação e 4) só medicação.

Os primeiros resultados foram publicados (Hogarty et al., 1986) um ano após os doentes terem recebido as intervenções. Ocorreram recaídas em 41% dos doentes que receberam só medicação, em 20% dos que fizeram treino de aptidões sociais e medicação, 19% dos que receberam intervenção familiar e medicação e não ocorreram recaídas nos doentes que receberam as três intervenções.

Ao fim de dois anos o efeito favorável da intervenção familiar manteve-se, mas o mesmo não aconteceu relativamente ao grupo que recebeu treino de aptidões sociais e medicação. No entanto, dados posteriores mostram que os resultados da intervenção familiar não se prolongaram para além dos vinte e quatro meses.

Este estudo mostra, não só a vantagem da associação das intervenções psicossociais à medicação, mas também da combinação de várias intervenções. Outro dado essencial consistiu no efeito limitado das intervenções ao longo do tempo, sendo assim indicado que, para além da continuidade temporal do tratamento farmacológico, o mesmo deverá ocorrer com as intervenções psicossociais.

Um terceiro estudo de Hogarty e seus colegas, também muito influente, resultou do desenvolvimento da **Personal Therapy**<sup>22</sup> e da investigação do seu efeito ao longo de três anos, conjugada ou não com outras intervenções (Hogarty et al., 1997).

---

<sup>22</sup> *Personal Therapy*, também considerada uma intervenção psicossocial desenvolvida por Hogarty e colegas na Universidade de Pittsburgh (Hogarty et al., 1995). Para a recuperação dos doentes, com esquizofrenia e outras psicoses, este autor considerou como fundamental estes aprenderem a reconhecer e a lidar com situações de *stress*, inclusive as que poderiam precipitar uma crise, e melhorarem a capacidade em regular as suas reacções e emoções. As sessões eram, habitualmente, semanais e individuais e decorriam em três fases: fase inicial, na qual os doentes começavam a aprender as possíveis relações entre os seus factores de stress e o aparecimento de sintomas; a fase intermédia em que aprendiam estratégias para lidar melhor com essas situações e a fase final que consistia na aplicação das aptidões e perícias, entretanto aprendidas no contexto familiar e social.

Nessa investigação, os doentes da amostra do estudo (n=151), com os diagnósticos de esquizofrenia e perturbação esquizoaffectiva, foram aleatoriamente divididos em vários grupos. Os doentes que viviam com familiares foram divididos em três grupos: um grupo recebeu *Personal Therapy*, outro *Personal Therapy* e psicoeducação familiar e o terceiro terapia de suporte. Para os doentes que não viviam com familiares foram, apenas, considerados dois grupos, tendo um recebido *Personal Therapy* e o outro, terapia de suporte. A utilização de medicação foi comum a todos os grupos.

Os resultados apresentaram vantagens da *Personal Therapy*, na melhoria do ajustamento e desempenho de uma função social, com evolução positiva ao longo dos três anos do estudo mas, globalmente, sem benefícios adicionais na redução das recaídas e dos sintomas.

Por último, este autor teve um papel relevante no desenvolvimento das designadas terapias de estimulação ou reparação cognitiva para a DMG, abordadas no capítulo 2. Nesta área, recorreu a intervenções em grupo e também procurou a integração da estimulação cognitiva com a melhoria do funcionamento social (Hogarty, 1999, 2004 e 2006).

#### **5.2.5.2.Terapia Psicológica Integrada (*Integrated Psychological Therapy*)**

A Terapia Psicológica Integrada (*Integrated Psychological Therapy*), desenvolvida por Brenner (1992 e 1994), consiste num programa abrangente através da integração de processos de estimulação neurocognitiva, associados a técnicas de reabilitação psicossocial, com um objectivo comum, que consiste em melhorar as competências sociais dos doentes com esquizofrenia.

Esta terapia, de base cognitivo-comportamental, apresenta características particulares relevantes na integração de várias intervenções psicológicas e psicossociais, associadas à medicação. Por esse motivo, e apesar de não corresponder totalmente ao que considerámos, nesta dissertação, por programa de cuidados integrados, foi incluída neste capítulo.

O programa desta terapia foi estruturado, para ser aplicado de forma sequencial e no sentido da aquisição progressiva de competências, em cinco sub-programas:

1. Diferenciação cognitiva;
2. Percepção social;

3. Comunicação verbal;
4. Treino de aptidões sociais;
5. Resolução de problemas, que possam surgir a nível das relações interpessoais.

Os objectivos, de cada sub-programa são estabelecidos de forma individualizada e de acordo com as características de cada doente, os seus défices e as suas potencialidades.

Este programa foi inicialmente muito estruturado e orientado para objectivos, mas posteriormente tornou-se mais flexível e privilegiou também a interacção entre os elementos do grupo de participantes (Roder, 2006).

A Terapia Psicológica Integrada de Brenner foi uma das primeiras abordagens compreensivas psicológicas e psicossociais para doentes com esquizofrenia, com vários níveis de intervenção e com um tratamento descrito num manual específico (Brenner, 1994; Roder, 2001). Foram efectuados vários estudos de replicação e da aplicação desta terapia, especialmente na Europa (Roder, 2006).

Roder, Muller, Mueser e Brenner (2006) publicaram uma meta-análise, referente a trinta e um estudos, nos quais foi aplicada a Terapia Psicológica Integrada e que, no conjunto, incluíram 1393 doentes com esquizofrenia. Os resultados foram consistentes e favoráveis, para esta terapia, quando comparada com o tratamento convencional, a nível cognitivo, do funcionamento social e da psicopatologia. Estes resultados mantiveram-se positivos em vários contextos, quer quando os estudos decorreram a nível académico ou não académico, quer para doentes internados ou em ambulatório, quer para doentes em fase aguda ou de estabilização.

Assim, podemos considerar a Terapia Psicológica Integrada para doentes com esquizofrenia, como um programa com evidência científica, sendo referido como tal nas *guidelines* da *American Psychiatric Association* (Muller, 2007).

#### **5.2.5.3. Estudo IPSE (*Impacto de los Programas de Seguimiento y Cuidados en Personas con Trastornos Esquizofrénicos en la Comunidad*)**

Neste estudo, iniciado em Madrid, em 2003, por Suárez, Bravo e Liria (2011), foi avaliado o **impacto de um programa de continuidade de cuidados** (*clinical case management model*) em 250 doentes com esquizofrenia, de três equipas de saúde mental comunitária.

Foram analisados os dados em relação ao que sucedeu a estes doentes, antes e depois do programa. Os programas de *case management* já tinham sido aplicados em Espanha, mais como excepção do que como regra (Liria, 1995), mas, segundo os autores do IPSE, este foi o primeiro estudo em Espanha, com estas características, em que foi avaliado o impacto do programa de forma sistemática.

Consideramos igualmente este programa como um **programa de cuidados integrados** porque implicou a implementação da função do terapeuta referência nas equipas referidas, e o desenvolvimento, para cada doente, de um plano de cuidados. Este processo exigiu a integração de várias intervenções e mobilização de vários recursos na comunidade.

Contudo, a prioridade do estudo consistiu em garantir a continuidade dos cuidados e avaliar o impacto deste programa a nível do número de internamentos e da utilização de outros recursos hospitalares, nomeadamente o serviço de urgência.

Da análise dos resultados, verificamos que, comparando o número de internamentos no ano anterior ao programa e após um ano de programa, ocorreu uma redução de 58% no número de doentes internados e de 52% no número total de internamentos.

O número total de dias de internamento também sofreu uma diminuição significativa de 69%, tendo passado de 3256 dias no ano antes para 1010 dias no ano após o início do programa. A duração média de internamento foi igualmente reduzida em 61% (de 36 para 14 dias). Ocorreu uma diminuição de 53,6% no número de vezes que os doentes recorreram ao serviço de urgência.

Outro achado muito relevante consistiu no facto destes resultados favoráveis se continuaram a verificar pelo menos até três anos de duração do programa.

Nas conclusões deste estudo, os seus autores referiram que os resultados são favoráveis e encorajadores para aplicação do modelo clínico de *case management* a doentes com esquizofrenia em Espanha, mas que são necessários mais estudos, incluindo de implementação destes programas.



#### 5.2.5.4. Cuidados Integrados para Doentes com Esquizofrenia na Suécia

A investigação designada por *Integrated Care in Schizophrenia* foi realizada em Gotemburgo, na Suécia, por Ulf Malm (2003), que já tinha participado antes no estudo *Optimal Treatment Project*, coordenado por Ian Falloon (1998). Esta investigação caracterizou-se por ser um estudo aleatorizado e controlado, com dois anos de seguimento, em que se compararam dois programas de base comunitária, ambos com conjugação e coordenação de cuidados.

Mencionamos este estudo pelo facto de comparar dois programas diferenciados, com cuidados integrados, em que um deles apresentava a característica adicional de incluir uma maior participação dos doentes nas decisões.

Em ambos os programas ocorrem intervenções farmacológicas, psicoeducativas, treino de aptidões sociais e a possibilidade dos doentes receberem intervenção na crise através de uma equipa móvel, distinta da equipa comunitária.

O que os autores do estudo denominaram como programa de cuidados integrados tinha como principal diferença um maior envolvimento do doente nas **decisões relativas ao seu tratamento, nomeadamente através de um processo de decisão clínica partilhada.**

Com o objectivo de o doente melhorar a sua capacidade de participação e decisão no tratamento e, eventualmente, também na sociedade, foram desenvolvidas novas intervenções. Estas incluíam técnicas de resolução de problemas, técnicas de comunicação e de melhoria da capacidade do doente em lidar com situações de stress e de conflito.

Estas intervenções foram explicitadas num manual, os técnicos do programa, tiveram supervisão regular e as intervenções com o doente foram efectuadas individualmente e em grupo.

Terminado o estudo, o grupo de doentes com esquizofrenia que recebeu a intervenção mais diferenciada melhorou, comparativamente com o grupo de controlo, de uma forma mais significativa na sua satisfação com os cuidados recebidos, na recuperação social, no número de contactos sociais e também no funcionamento social.

Na perspectiva dos autores desta investigação, as mudanças ocorridas nos doentes no sentido de terem uma atitude mais participativa no tratamento e nas decisões clínicas reflectiu-se na melhoria do funcionamento social dos mesmos.

### 5.3. Programas Exequíveis

Podemos elaborar um excelente programa mas será que este é exequível na prática e no contexto onde o pretendemos aplicar?

Existem vários conceitos de **exequibilidade** (*feasibility*) que não se afastam muito do significado semântico do termo: qualidade do que é exequível, do latim *exsequibile*, que significa fazer ou executar.

Esta qualidade tem vindo a ser referida com importância crescente a nível científico na psiquiatria, nomeadamente quando se pretendem pôr em prática e estudar intervenções com múltiplas variáveis (e.g. programas de cuidados integrados) aplicadas na prática clínica num contexto não controlado (Campbell M. et al., 2000 e 2007; Craig P. et al., 2008; Mueser & Drake, 2005).

Para estes autores, a exequibilidade constitui uma etapa fundamental quando se utilizam modelos e intervenções já testadas mas que vão ser aplicadas em ambientes diferentes, para uma população alvo com outras características e com realidades sócio- económicas e culturais distintas.

Turkington e Kingdon (2002 e 2006) verificaram, na investigação *Insight Study*, que os abandonos (*drop-outs*) foram significativamente mais frequentes no grupo de pessoas de origem africana ou afro-caribenha. Estes autores referem que devem ser consideradas e testadas adaptações do programa para melhorar a respectiva adesão. Nestas circunstâncias poderá ser particularmente útil a realização de um estudo de exequibilidade.

Mueser (2005 e 2011) refere que na exequibilidade (*feasibility*), de uma investigação ou programa, podem ser considerados dois componentes: a aceitabilidade (*acceptability*) e a retenção inicial (*initial retention*).

Nessa sequência, a aceitabilidade consiste no desejo ou na vontade que os doentes, familiares e os profissionais têm em participar. A existência de vontade não é suficiente para executar um programa, sendo também necessário que ocorra um período mínimo de adesão e retenção das partes envolvidas no programa.

De acordo com Bowen (2009) os estudos de exequibilidade podem ser indicados quando:

- Existem poucos dados ou estudos sobre a aplicação de uma ou várias intervenções na prática clínica;
- Não existem estudos prévios da aplicação de um determinado programa ou intervenção numa população específica, com realidades diferentes, não só a nível sociocultural, mas também de recursos disponíveis e do sistema de saúde existente;
- Quando se pretende estabelecer, melhorar ou mobilizar parcerias e recursos existentes e testar a funcionalidade dos mesmos;
- Quando se quer testar se existem condições prévias necessárias e indicativas de que fará sentido desenvolver posteriormente estudos de efectividade;
- Quando intervenções anteriores não foram bem sucedidas, mas evoluções posteriores dos métodos ou práticas sugerem que estas podem vir a ter resultados favoráveis;

Existem várias formas de avaliar a exequibilidade mas habitualmente são estabelecidas metas quantificáveis, definidas de acordo com as expectativas de quem elabora o programa, dos modelos teóricos subjacentes ou dos resultados de estudos similares ( Mueser & Drake, 2011).

Pretende-se assim, determinar em que medida o programa e as intervenções propostas são ou não exequíveis. Ou, de outra forma, se a concretização prática dos mesmos fica aquém, atinge ou vai para além do pretendido.

A exequibilidade pode ser um dos componentes dum estudo ou constituir o objectivo principal do mesmo. Em muitos dos programas de cuidados integrados, referidos anteriormente, esta etapa verificou-se, mas raramente foi avaliada de forma específica e sistemática.

A investigação de Pinninti (2010), sobre a exequibilidade da abordagem cognitivo-comportamental, como uma das intervenções para DMG a desenvolver nas equipas de Tratamento Assertivo na Comunidade, é um exemplo deste tipo de estudos.

Após estabelecer e avaliar um conjunto de metas e objectivos o autor desse estudo concluiu que a intervenção cognitivo-comportamental foi exequível na medida em que os profissionais foram receptivos e obtiveram os conhecimentos e perícias pretendidas, mas também porque, após a formação, utilizaram esta intervenção na sua prática clínica.

Sabemos que muitas vezes os profissionais de saúde recebem formação específica em determinados modelos ou áreas de intervenção mas posteriormente não aplicam essas práticas junto dos seus doentes. Assim, nestes exemplos, o desenvolvimento de condições que permitam a exequibilidade dessas intervenções poderá contribuir para marcar a diferença e estabelecer a ponte entre a teoria e prática.

Drake, Panzano e Herman (2005) referiram como três componentes essenciais do processo de implementação que também se aplicam à exequibilidade (*feasibility*): o conhecimento (*know-how*), a motivação e a oportunidade. A conjugação destes três componentes será fundamental para se verificar a exequibilidade de um tratamento ou programa.

# **Parte II**

## **Investigação Original**

**Estudo sobre a Exequibilidade, Implementação e  
Resultados de um Programa de Cuidados Integrados  
para Pessoas com Esquizofrenia ou Perturbação  
Esquizoafectiva em Portugal**

## **Parte II**

### **Capítulo 1**

Fundamentação, Questões, Hipóteses e  
Objectivos da Investigação

## 1.1.Contexto e Fundamentação Científica da Investigação

No momento actual, existe consenso, assim como evidência científica, na vantagem da conjugação e da coordenação de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais, no tratamento de pessoas com esquizofrenia, perturbação esquizoafectiva e outras DMG (Stein & Test 1980; Hogarty, 1990; Lehman, 1998; Falloon, 1999; Mueser, 2002; Caldas de Almeida, 2005; Kingdon, 2006; Drake, 2011; Thornicroft, 2011).

Apesar de existirem tratamentos, com evidência científica e com resultados demonstrados, sabe-se que, um número significativo, de pessoas com DMG, incluindo doentes com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva, não procuram ajuda dos serviços de saúde mental, ou não são identificados nem acompanhados por esses serviços (Goldberg & Huxley, 1992; Ian Falloon, 1995; Tom Burns, 2004).

Esta realidade fomentou o desenvolvimento de programas específicos, que fossem capazes de localizar esses doentes e de manter acessibilidade e continuidade na prestação de cuidados de saúde aos mesmos.

Um desses programas, com maior evidência científica, consistiu no Tratamento Assertivo na Comunidade (Stein & Test, 1980 e 1985), anteriormente referido. Desde então, múltiplos programas similares foram desenvolvidos e avaliados, em diversos países, com resultados igualmente consistentes e que demonstraram vantagem de intervenções na comunidade, quando comparados com modelos predominantemente hospitalares. Foram exemplo dessas vantagens, a redução do número e da duração dos internamentos, a melhoria do estado clínico, do funcionamento social, da satisfação e da qualidade de vida (Hoult e Reynolds, 1984; Muijen, 1992; Stein & Test, 1980; Burns, 1995) dos doentes incluídos nesses programas.

O Tratamento Assertivo na Comunidade e outros modelos de *case management*, surgiram como resposta à necessidade de coordenar as múltiplas intervenções e estruturas desenvolvidas na comunidade, na sequência dos processos de desinstitucionalização (Goering, 2000). Com características e níveis de evidência diferentes, estes modelos têm em comum o facto de cada doente ter um terapeuta de referência, para além do psiquiatra assistente, o qual efectua a coordenação das várias intervenções, geralmente, de acordo com um plano individual de cuidados.

Na evolução destas abordagens surgiram, mais recentemente, os programas de cuidados integrados para DMG, nos quais a coordenação deverá ocorrer a vários níveis (Parte I, capítulo 5) e as intervenções são, habitualmente, mais diferenciadas, articuladas e fundamentadas.

Muitos dos estudos, referentes a estes programas de cuidados integrados, têm apresentado resultados favoráveis, como são exemplo: estudos de Hogarty (1986,1991 e 2004), Terapia Psicologia Integrada (Brenner, 1992 e 1994), *Optimal Study* (Falloon, 1998,1999 e 2004); *Insight Study* (Turkington, 2002) e *Illness Self-management Programs* (Mueser, 2011).

Nas *guidelines* actuais, para o tratamento da esquizofrenia (Parte I, capítulo 2), consta, claramente, que as intervenções psicológicas e psicossociais, incluindo a terapia cognitivo-comportamental, a intervenção psicoeducativa e a intervenção familiar, constituem componentes fundamentais do tratamento, em associação com a terapia psicofarmacológica.

Se existe evidência científica, e múltiplas recomendações para aplicação dessas intervenções, porque motivo continuam, mesmo em países desenvolvidos, a ser utilizadas apenas numa minoria de pessoas com DMG (Drake, 2003)?

Numa resposta a esta questão, este último autor refere que um motivo fundamental, para esse *treatment gap*, consiste nas dificuldades verificadas na exequibilidade e na implementação dessas intervenções.

**Um desafio actual, da psiquiatria e dos serviços de saúde mental, em termos internacionais, consiste em implementar intervenções e modelos baseados na evidência científica, bem como ultrapassar as respectivas barreiras e adaptar essas intervenções às várias realidades, culturas e recursos (Saraceno, 2007).**

O acesso ao conhecimento é cada vez mais fácil, com os meios de que dispomos actualmente. O que pode marcar a diferença, consiste na exequibilidade e na implementação dessas intervenções, na prática clínica.

No **contexto nacional**, os programas integrados na comunidade, para doentes mentais graves, são raros ou praticamente inexistentes e há dificuldade na acessibilidade e na continuidade de cuidados a estes doentes, como ficou evidenciado nos estudos que precederam a elaboração do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2007-2016).



Nesses estudos, e para a globalidade dos doentes (estudo sobre as vias de acesso ao serviço de urgência, CNRSSM, 2007), verificou-se que 82 % dos reinternamentos em psiquiatria ocorreram sem qualquer consulta de psiquiatria entre os vários episódios de internamento.

**A dificuldade no acesso aos cuidados em ambulatório e a continuidade dos mesmos** ficou também evidenciada porque um terço dos doentes, com acompanhamento prévio em psiquiatria, que foram ao serviço de urgência, não tinham tido consultas de psiquiatria, nos doze meses anteriores ao episódio de urgência. A maioria (65%) dos doentes, que recorreu ao serviço de urgência, dirigiu-se directamente a esse serviço, sem aceder previamente a outros níveis de cuidados.

Os dados do Estudo Nacional de Saúde Mental (*Mental Health Survey*), completado em 2010 (Caldas de Almeida, 2011), evidenciaram, igualmente, problemas de acessibilidade, uma vez que 61% das pessoas, consideradas nesse estudo como tendo doença mental grave, não tinham tido acesso a serviços especializados de saúde mental.

Em investigações efectuadas sobre avaliação de necessidades, em doentes com esquizofrenia em Portugal (Gago, 1996; Xavier, 1999 e 2002; Kovess, 2005), verificou-se uma predominância de necessidades psicossociais como sendo as necessidades sem resposta ou com resposta insuficiente, em contraste com as respostas clínicas e psicofarmacológicas. A discrepância entre estas respostas tem-se mantido, o que, em parte, pode ser explicado por 83 % dos recursos destinados à saúde mental serem gastos em internamentos hospitalares e muitos dos serviços de psiquiatria ainda não terem equipas comunitárias (CNRSSM<sup>23</sup> 2007 e PNSM, 2007-2016).

Uma das prioridades, referidas no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), para o tratamento de pessoas com DMG, consiste no desenvolvimento de programas de cuidados integrados, para estes doentes. Os dados de vários estudos internacionais, referidos na primeira parte da dissertação, evidenciaram vantagens nestes programas, em particular quando incluem intervenções baseadas na evidência. Contudo, no nosso país não existem estudos sobre a aplicação desses programas à nossa realidade.

---

<sup>23</sup> CNRSSM corresponde à Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental que foi responsável pela realização dos estudos prévios ao Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) e pela elaboração desse plano.

Assim, de acordo com as investigações, o estado da arte e a prática clínica, a nível nacional e internacional, justifica-se um estudo sobre a exequibilidade e o impacto de um programa de cuidados integrados, para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva.

Em Portugal e, de acordo com a fundamentação apresentada, consideramos que o desenvolvimento e o estudo de um programa de cuidados integrados para estes doentes, é não só indicado como necessário, e poderá mesmo ser uma oportunidade única para a sua realização.

## **1.2. Questões, Hipóteses e Objectivos da Investigação**

### **1.2.1. Questões da Investigação**

Neste estudo foram formuladas **duas questões principais**:

- 1. Será exequível, de uma forma geral e com intervenções em particular, um programa de cuidados integrados inovador, para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, no contexto de um serviço ou departamento de psiquiatria e saúde mental do Serviço Nacional de Saúde em Portugal?**
- 2. Será que o programa de cuidados integrados, para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, irá ter um impacto favorável nestes doentes e na respectiva prestação de cuidados de saúde mental?**

Perante estas duas questões principais, considerámos, neste estudo, dois componentes. **O componente A, referente à primeira questão e o componente B, referente à segunda questão.**

Na sequência destas últimas, foram formuladas **questões mais específicas**, também relevantes nesta investigação.

#### **Questões secundárias referentes ao componente A do estudo:**

1. O **modelo clínico do case management** será exequível e adaptável, num serviço ou departamento de psiquiatria e saúde mental do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com base nos profissionais e recursos existentes?
2. A formação e o posterior exercício das funções dos **terapeutas de referência** (TR), serão exequíveis nesse mesmo contexto?
3. Serão exequíveis as **intervenções baseadas na evidência científica** seleccionadas e os **procedimentos recomendados** para serem incluídos no programa?
4. Será possível que na exequibilidade do programa, o terapeuta de referência possa contribuir para que cada doente tenha um **plano individual de cuidados**?
5. Para além de exequível, poderá verificar-se a **implementação do programa**, de forma a perspectivar a continuidade do mesmo?

#### **Questões secundárias referentes ao componente B do estudo:**

6. Será que os doentes irão ter uma boa **adesão ao programa**?
7. Será que no decurso do programa se vai conseguir manter a **continuidade dos cuidados**?
8. Será possível que os **indicadores clínicos, funcionais e psicossociais dos doentes** se alterem, após um ano de aplicação do programa?
9. Será possível que **os indicadores de funcionamento**, do serviço de saúde mental, incluindo o número de internamentos destes doentes e duração dos mesmos se alterem, após um ano de aplicação do programa?

#### **1.2.2. Hipóteses da Investigação**

Para uma melhor sistematização iremos considerar os dois componentes do estudo (A e B) em separado.

**Componente A - Hipóteses relacionadas com a exequibilidade e implementação de um programa de cuidados integrados, para pessoas com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva:**

1. O programa de cuidados integrados será exequível nas equipas de saúde mental comunitárias, de um departamento de psiquiatria do SNS, em Portugal, com os recursos materiais e humanos existentes;
2. Uma maioria muito significativa ( $\geq 75\%$ )<sup>24</sup> dos profissionais seleccionados, irão participar na formação do programa, e exercerão as funções de TR;
3. Os TR irão realizar as intervenções incluídas no programa, bem como o número de sessões previstas, para uma maioria significativa de doentes ( $\geq 50\%$ );
4. Os TR contribuirão para aumentar o número de doentes encaminhados ou a frequentar estruturas de reabilitação psicossocial;
5. Na exequibilidade do programa o TR irá contribuir para que cada doente tenha um plano individual de cuidados (PIC), numa maioria muito significativa ( $\geq 75\%$ ) dos casos.

**Componente B - Hipóteses relacionadas com a avaliação do impacto do programa de cuidados integrados, para pessoas com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva e na prestação de cuidados de saúde mental a estes doentes:**

1. Os doentes seleccionados irão aderir ao programa, e manter o seguimento, numa maioria muito significativa ( $\geq 75\%$ ) dos casos;
2. O número médio de internamentos e a duração média dos mesmos, nos doze meses de programa, será inferior ao respectivo número no ano anterior;
3. O número médio de recaídas, nos doze meses de programa, será inferior ao respectivo número no ano anterior;
4. Ocorrerão diferenças, estatisticamente significativas, entre a primeira e a segunda avaliação, com evolução favorável após doze meses de programa, para as seguintes variáveis: psicopatologia, necessidades, incapacidade, funcionamento social e ocupacional, *insight*, qualidade de vida e satisfação;
5. Após doze meses de programa, os doentes irão ter uma melhoria na sua atitude, face ao tratamento psicofarmacológico;

---

<sup>24</sup> Para algumas hipóteses foram considerados parâmetros para a exequibilidade, considerando-se quatro níveis de concretização e um valor percentual da mesma: maioria muito significativa ( $\geq 75\%$ ), maioria significativa ( $\geq 50\%$ ), minoria significativa ( $\leq 50\%$ ) e minoria muito significativa ( $\leq 25\%$ ) .

6. O número de doentes que, presumivelmente, consome drogas será menor, após doze meses de participação no programa;
7. As impressões clínicas globais, após doze meses de programa, irão melhorar, para ambas as perspectivas (do doente e do TR).

### 1.2.3. Objectivos da Investigação

#### Objectivos gerais:

1. **Avaliar a exequibilidade e a implementação inicial** de um programa de cuidados integrados, para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, no contexto clínico das equipas de saúde mental de um departamento psiquiatria do SNS, em Portugal, com os recursos materiais e humanos existentes.
2. **Avaliar o impacto de um programa de cuidados integrados**, para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, nestes doentes e na respectiva prestação de cuidados de saúde mental.

#### Objectivos específicos:

1. Desenvolver um **programa de cuidados integrados**, com predomínio de intervenções baseadas na evidência científica e com potencial para ser exequível com os recursos materiais e humanos existentes.
2. Realizar uma formação prévia e continuada dos **terapeutas de referência** e promover o desempenho de **funções, intervenções e procedimentos recomendados, no âmbito do programa de cuidados integrados e na adaptação ao modelo clínico de *case management***.
3. Determinar o **número de contactos do TR com os doentes e com as famílias** e o número destes **doentes que estão a frequentar estruturas de reabilitação psicossocial**.

4. Elaborar um **plano individual de cuidados (PIC)** para cada doente, envolvido no estudo, e determinar quem participou na sua elaboração (TR, TR e doente ou TR, doente e família).
5. Verificar se existem diferenças no **número de internamentos, duração dos mesmos e número de recaídas dos doentes**, entre o ano anterior ao programa e após doze meses do mesmo.
6. Avaliar se existem diferenças, antes e após doze meses de programa, para as seguintes variáveis: **psicopatologia, necessidades, incapacidade, funcionamento social e ocupacional, atitude dos doentes em relação à medicação, *insight*, qualidade de vida e satisfação.**

# **PARTE II**

## **Capítulo 2**

Metodologia

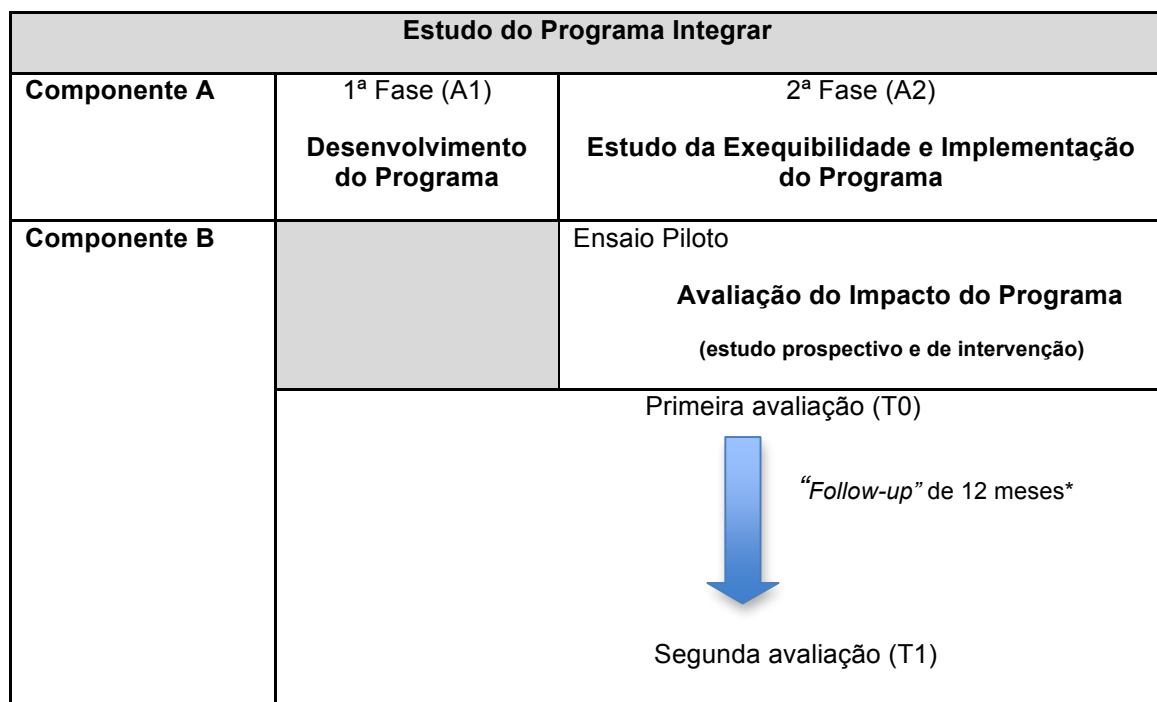
## 2.1.Desenho Global do Estudo

Neste estudo considerámos dois componentes:

- **Componente A: estudo de exequibilidade**
- **Componente B: avaliação do impacto do programa através de um estudo de intervenção, prospectivo, naturalista <sup>25</sup>, não aleatorizado e não controlado, com avaliações essencialmente quantitativas.**

Os dois componentes, deste estudo, ocorreram em paralelo e de forma dinâmica, num processo em que a investigação decorreu em simultâneo com a intervenção. O programa de cuidados integrados, desta investigação, foi designado por **Programa Integrar** e, na figura 2, apresentamos uma representação esquemática do desenho do estudo.

**Figura 2 - Desenho global do estudo**



\* Período de inclusão de doze meses, com monitorização e avaliação prevista, para cada doente, durante os primeiros doze meses de participação no programa.

<sup>25</sup> Estudo naturalista porque foi realizado no contexto clínico e nas condições habituais de trabalho dos profissionais das equipas de saúde mental comunitárias. Em sentido lato, os estudos naturalistas são muitas vezes observacionais mas, também podem ser de intervenção desde que as condições habituais e reais se mantenham, como foi o caso. Em sentido estrito, designa-se um estudo naturalista quando as condições se mantêm exactamente na mesma sem serem influenciadas pelo investigador mas apenas observadas por este (Prince, 2003).



O estudo do Programa Integrar não corresponde a um processo de avaliação de uma intervenção complexa, mas apresenta algumas características que podem completar o desenho global do estudo, com uma visão mais abrangente dos componentes da investigação.

Neste programa de cuidados integrados, para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, os doentes recebem múltiplas intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais. A prestação de cuidados na comunidade implica um menor controlo e uma multiplicidade de factores intervenientes. Os programas, com estas características, são habitualmente referidos como um dos exemplos de “intervenções complexas” (Campbell, 2000 e 2007; Craig, 2008).

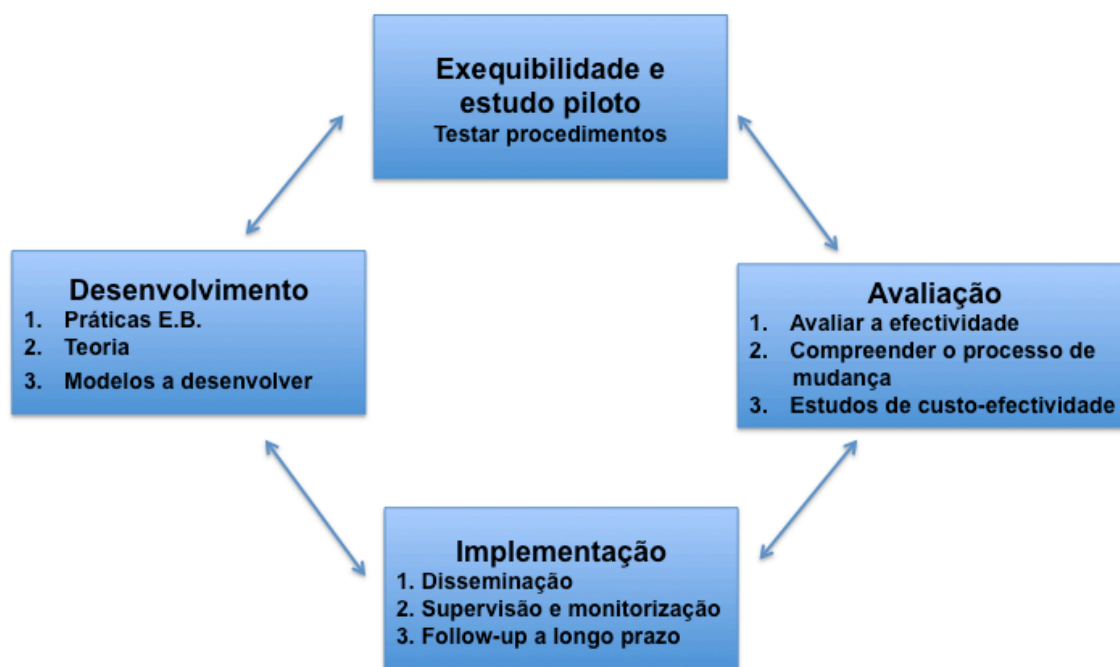
A principal característica das designadas “intervenções complexas” corresponde à multiplicidade de factores e componentes envolvidos e em interacção. Podem, igualmente, apresentar diferentes níveis de organização e os resultados analisados corresponder a várias dimensões e depender de múltiplos factores, nem sempre possíveis de controlar ou controláveis.

Nos últimos anos, têm surgido alternativas para desenvolver e avaliar estas intervenções. Uma das alternativas sugeridas, consiste na realização de estudos de exequibilidade. Estes, podem incluir um ensaio piloto ou um estudo mais amplo, para testar procedimentos e apurar o impacto do conjunto das intervenções. Estes estudos são, muitas vezes, recomendados antes dos estudos de efectividade propriamente ditos.

A não realização destas etapas poderá comprometer o restante processo, incluindo a identificação de procedimentos eficazes, em condições experimentais, que depois não são exequíveis, em determinadas realidades ou contextos (Craig, 2008).

O mesmo autor também refere que estas etapas nem sempre seguem uma sequência linear ou cíclica, mas devem ser sempre consideradas, nestas intervenções, como se verifica na figura seguinte:

**Figura 3 - Elementos chave do processo de desenvolvimento, avaliação e implementação das Intervenções Complexas**



(Adaptado de Graig, 2008, Medical Research Council framework)

Práticas E.B.- Práticas baseadas na evidência científica

## **2. 2. População, Amostra e Locais**

### **2.2.1. População Alvo**

O programa foi estruturado para as cinco equipas de saúde mental comunitárias (Cascais, Carnaxide, Lisboa, Oeiras e Parede) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE (DPSM do CHLO) que, no global, tinham <sup>26</sup> um sector de intervenção correspondente a uma população de 385 243 pessoas (censos de 2001, último antes do início do programa).

<sup>26</sup> A referida área de influência do CHLO foi alterada na sequência do início de funcionamento do Hospital de Cascais, inaugurado a 23/2/10. No decurso da presente investigação, que terminou a 31 de Outubro de 2009, o sector de intervenção manteve-se semelhante ao inicial (1 de Outubro de 2007) bem como as cinco equipas comunitárias.

Assim, se considerarmos a prevalência pontual para a esquizofrenia <sup>27</sup> de 4.6 por 1000 (0,46%) <sup>28</sup> e para a perturbação esquizoafectiva de 2 por 1000 (0,2%) <sup>29</sup> e para a população do referido sector, obtivemos um valor estimado de 1800 pessoas com esquizofrenia e 800 com perturbação esquizoafectiva o que totaliza, para ambos os diagnósticos um valor que ronda as 2600 pessoas.

Em 2007 muitos dos doentes não tinham atribuído um diagnóstico no sistema informático e nos processos clínicos nem sempre era possível identificar os diagnósticos. Por estes motivos não conseguimos determinar o número dos doentes com os diagnósticos de esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva que estavam a ter acompanhamento clínico nas equipas de saúde mental comunitárias do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Como **população alvo** considerámos os doentes seguidos em ambulatório, nas cinco equipas de saúde mental comunitárias do DPSM do CHLO, com os diagnósticos de esquizofrenia e psicose esquizoafectiva.

### **2.2.2. Amostra, Critérios de Inclusão e Exclusão**

Dentro desta população alvo, seleccionámos uma **amostra** de conveniência, não aleatorizada, através das sucessivas referências para o Programa Integrar, efectuadas nas cinco equipas de saúde mental comunitárias (ESMC), de acordo com os critérios adiante definidos.

O início da investigação coincidiu com o início do programa (16 de Outubro de 2007) e foi elaborado um impresso de referenciação específico (anexo 3) para o Programa Integrar. O doente era referenciado quando apresentava o diagnóstico de esquizofrenia ou psicose esquizoafectiva e respeitava os critérios de inclusão para entrada no estudo.

---

<sup>27</sup> O estudo epidemiológico, recentemente efectuado em Portugal (Mental Health Survey - Caldas de Almeida, 2011; Swang et al., 2011), não tem resultados específicos para a esquizofrenia nem para perturbação esquizoafectiva, tendo sido posterior à data de início da investigação do Programa Integrar (2007). Tivemos, assim, que recorrer a dados epidemiológicos internacionais.

<sup>28</sup> Considerámos os valores obtidos no estudo, em que foi realizada uma revisão sistemática de 188 estudos em 46 países, sobre a prevalência da esquizofrenia, publicados entre 1965 e 2002, que obteve o valor de mediana de 4.6 por 1000, para prevalência pontual, e de 7.2 por 1000, para prevalência ao longo da vida (Saha, 2005).

<sup>29</sup> Em relação à prevalência da perturbação esquizoafectiva existem menos estudos e com grande amplitude de resultados. Optámos por um valor médio de prevalência pontual de 2 por mil (0,2 %) referido numa revisão de estudos (Okasha, 2009).

A responsabilidade da **referenciação para o programa**, foi atribuída ao psiquiatra responsável <sup>30</sup> na equipa, pelo Programa Integrar ou, excepcionalmente, a outros psiquiatras das ESMC ou da unidade de internamento. No impresso de referenciação devia constar o diagnóstico principal e os diagnósticos secundários (ICD10), assim como a nomeação do terapeuta de referência (TR). Estas referenciações podiam ser efectuadas na consulta externa de psiquiatria ou nas reuniões das equipas.

Na sequência do processo de referenciação <sup>31</sup>, a técnica administrativa, de cada equipa, efectuava três cópias desse impresso: uma para ser entregue ao TR, outra para ser enviada para sede do DPSM do CHLO, na Ajuda e uma terceira para arquivar no dossier do Programa Integrar, de cada equipa.

A **atribuição/selecção do terapeuta de referência**, para cada doente, foi da responsabilidade do psiquiatra, referido anteriormente. Nesse processo, não pretendemos efectuar uma interferência directa, no contexto clínico e de trabalho em equipa. Foram estabelecidas as seguintes condições, comuns às cinco ESMC:

- distribuição equitativa do número de doentes, por TR;
- atribuição progressiva, ao longo do período de inclusão;
- número total de doentes, por TR, não ser superior a vinte <sup>32</sup>;
- na sequência de uma alta por internamento hospitalar, e se houver critérios para inclusão no Programa Integrar, o TR deve ser atribuído o mais precocemente possível bem como a referenciação para o programa (pretende-se que o TR possa facilitar e garantir a continuidade do seguimento, na transição da unidade de internamento para as equipas de saúde mental comunitárias).

---

<sup>30</sup> O Programa Integrar foi estruturado como um programa horizontal para a cinco equipas e nem sempre o psiquiatra responsável por este programa correspondeu ao coordenador da equipa (de acordo com a estrutura vertical já existente e que foi mantida). Este psiquiatra passou a seguir a maioria dos doentes deste programa, com a colaboração, em alguns casos, dos médicos do internato (internato da especialidade de Psiquiatria).

<sup>31</sup> Quando o Programa Integrar começou, a 1 de Outubro de 2007, não existiam computadores suficientes, nas ESMC, nem ligação em rede, a nível do DPSM e do CHLO, que permitissem aos profissionais recorrer a meios informáticos para efectuar a referenciação. Com os meios disponíveis, tentamos simplificar os procedimentos burocráticos, para não constituírem uma barreira à exequibilidade do programa. Actualmente já existe ligação em rede, via internet/intranet, a nível do DPSM, do CHLO e também com os Cuidados de Saúde Primários.

<sup>32</sup> De acordo com vários autores e estudos efectuados (Tom Burns, 2004), tem sido recomendado como o número máximo de doentes seguidos por TR, no modelo clínico de *case management* (*case load*), de trinta. David Kingdon e Douglas Turkington, que colaboraram como consultores do Programa Integrar, recomendaram o número máximo, para *case load*, de vinte, tendo em consideração que a actividade, como terapeuta de referência, não seria a tempo completo.

- selecção do TR de acordo com o grupo profissional, a sua experiência e características mais adequadas para o seguimento do doente em causa.

Em relação à última condição, pretendíamos que as potencialidades da intervenção do TR fossem maximizadas em benefício do doente, das suas características individuais e das suas necessidades. Especificando: um doente com uma problemática social relevante poderia ter como TR um técnico superior do serviço social, enquanto um doente com indicação para medicação antipsicótica injectável de acção prolongada, poderia ter como TR um enfermeiro.

#### **CrITÉrios de Inclusão:**

Doentes seguidos numa das cinco equipas de saúde mental comunitárias, do DPSM do CHLO, com idades compreendidas entre os dezoito e os sessenta e cinco anos, pertencentes às áreas geográficas de intervenção destas equipas e com o diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação esquizoaffectiva (ICD10).

O diagnóstico foi efectuado pelo psiquiatra assistente de cada doente e registado por escrito no impresso de referenciação para o programa (anexo 3).

Em relação à área geográfica de intervenção, admitiu-se como excepção, os doentes que têm ou tiveram residência de um familiar no sector de intervenção, com médico de família atribuído nessa área e que mantiveram o seguimento nessas equipas.

#### **CrITÉrios de Exclusão:**

Doentes com doença mental orgânica, debilidade mental ou limitações graves na linguagem impeditivas da realização do estudo.

### **2.2.3. Locais onde decorreu o estudo**

O Programa Integrar, e a respectiva investigação, foram desenvolvidos e realizados nas instalações do DPSM do CHLO, nomeadamente, nos locais onde trabalham os profissionais das cinco equipas de saúde mental comunitárias, do serviço de psiquiatria de adultos deste departamento.

O Serviço de Psiquiatria de Adultos do DPSM do CHLO tinha uma área de intervenção que correspondia a todas as freguesias do concelho de Oeiras e de Cascais e a quatro freguesias da zona ocidental de Lisboa (Ajuda, Alcântara, Santa Maria de Belém e S. Francisco Xavier).

O DPSM do CHLO, além das actividades assistenciais, tem funções de ensino e investigação, sendo um departamento universitário ligado ao Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

As características do Serviço de Psiquiatria de Adultos do CHLO enquadram-se nas recomendações da OMS, no sentido em que o serviço pertence a um hospital geral (actualmente CHLO), tem equipas de saúde mental na comunidade (desde 1989) e uma ligação próxima, e estabelecida ao longo de vários anos, com os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

As **cinco equipas de saúde mental comunitária** (de Lisboa, Carnaxide, Oeiras, Parede e Cascais) têm funcionado em estruturas próximas dos locais onde os doentes residem, estando localizadas, na sua maioria, em instalações onde funcionam os Cuidados de Saúde Primários ou na sua proximidade.

Em termos organizativos, podemos considerar, no DPSM do CHLO, as seguintes unidades funcionais:

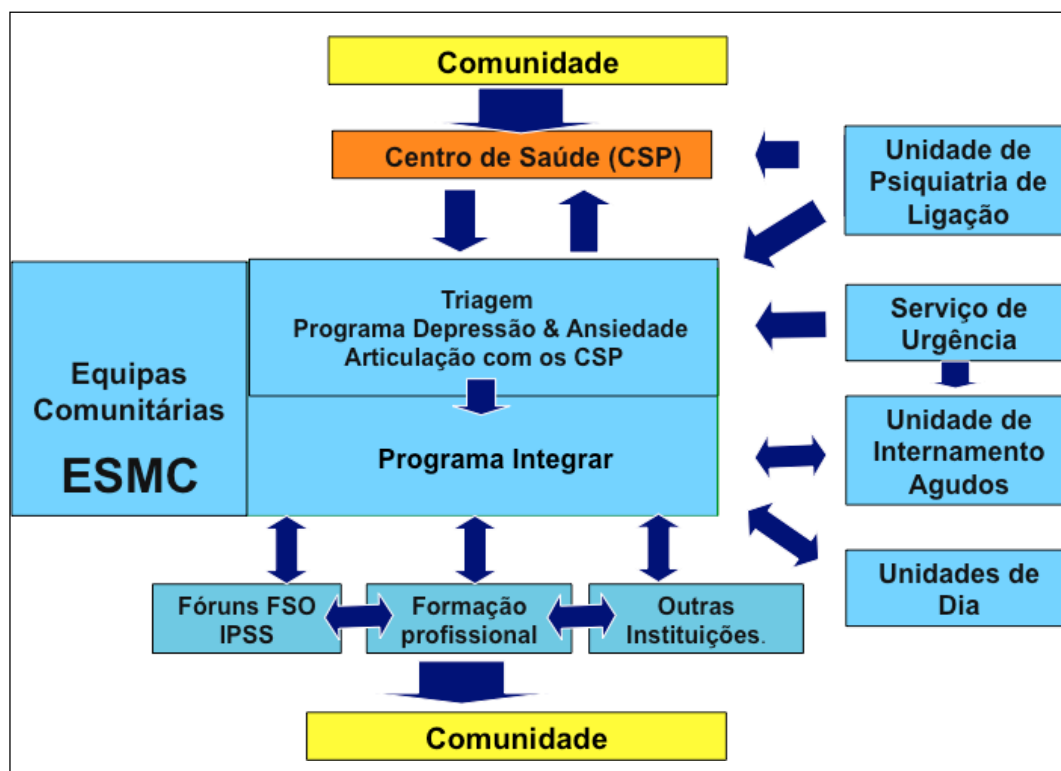
- Unidade de internamento de doentes agudos;
- Equipas de saúde mental comunitárias
- Unidade de Psiquiatria de Ligação;
- Unidade de Dia de Lisboa;
- Unidade de Dia de Laveiras (“Farol do Bugio”)
- Urgência de Psiquiatria.

Não é nossa intenção efectuar uma descrição detalhada dessas unidades, mas apenas salientar os dados mais relevantes para o presente estudo. Informações mais pormenorizadas podem ser obtidas no *site* do CHLO ([www.chlo.min-saude.pt/](http://www.chlo.min-saude.pt/)) ou em relatórios, efectuados para o efeito, no DPSM do CHLO.

As unidades funcionais, anteriormente referidas, constituíram, em termos estruturais, a base a partir da qual se desenvolveram programas horizontais, um dos quais foi o Programa Integrar.

O fluxograma da figura 4 pretende evidenciar essas unidades, os programas e a respectiva relação funcional. O rectângulo referente aos programas das ESMC está colocado no centro do fluxograma, não por estes serem mais importantes que as actividades de qualquer outra unidade, mas por serem o enfoque desta investigação. Para a recuperação dos doentes precisamos que todos as unidades, ou dizendo melhor os profissionais dessas unidades, exerçam as suas funções.

**Figura 4 - Fluxograma: Programas Horizontais no Serviço de Psiquiatria de Adultos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Gago J. e Sardinha L., 2007)**



FSO: Fórum Sócio-ocupacional  
IPSS: Instituições Particulares de Solidariedade Social

## 2.3. Programa Integrar

### 2.3.1. Contexto, Objectivos e Características

No plano estratégico do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (DPSM do CHLO), para o período de 2007 a 2009, elaborado em Julho de 2006 pelo Director do Departamento, Prof. Doutor Caldas de Almeida, e pelo Director do Serviço de Psiquiatria de Adultos, Dr. Luís Sardinha, foi definida como uma das prioridades a criação e o desenvolvimento de um programa de cuidados integrados para pessoas com perturbações de saúde mental graves.

Nesse plano são também referidas as vantagens das cinco equipas de saúde mental comunitárias já existentes se articularem com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e, em simultâneo, fazerem o seguimento de pessoas com doença mental grave. No entanto, salienta-se que a partir do final dos anos noventa, do séc. XX, a conjugação destas duas vertentes tornou-se progressivamente mais difícil.

A redução de recursos humanos, neste departamento de saúde mental, e a referenciação crescente pelos médicos de família, especialmente de doentes com perturbações depressivas e da ansiedade, limitaram ainda mais a capacidade de resposta dos cuidados secundários de psiquiatria em relação aos doentes habitualmente designados como tendo doença mental grave<sup>33</sup>.

Para ultrapassar esta dificuldade foi decidido o desenvolvimento, nas equipas comunitárias, de dois programas horizontais: um programa mais centrado na articulação com os CSP, e no tratamento das perturbações depressivas e de ansiedade, e outro de cuidados integrados para doentes mentais graves.

---

<sup>33</sup> No Programa Integrar, após considerarmos as definições mais utilizados de doença mental grave esta foi definida pelos seguintes critérios: 1) **Diagnóstico**: esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação esquizoaffective, perturbação delirante, perturbação psicótica induzida por substâncias, perturbação psicótica breve, perturbação psicótica partilhada, perturbação psicótica sem outra especificação e perturbações bipolares; 2) Com grau de **incapacidade** significativo, com necessidade de cuidados continuados e que podem potencialmente vir a beneficiar deste programa; 3) Atendendo à gravidade das situações e à resistência aos tratamentos habituais, podem ser incluídos outros casos que necessitem de **intervenção diferenciada, relacionada com o programa**, mas sempre como excepção.



Foi neste contexto que surgiu o presente programa, numa perspectiva de prestação de cuidados na comunidade e de integração dos mesmos, de forma a assegurar aos doentes mais graves a continuidade de cuidados e a acessibilidade aos serviços responsáveis pela sua prestação.

Assumimos, em Outubro de 2006, o desafio, proposto pela Director do DPSM do CHLO, de desenvolver e coordenar este programa, que passámos a designar de Programa Integrar.

Tratou-se de um duplo desafio:

- Por um lado, desenvolver um **programa de cuidados integrados para doentes mentais graves**, de acordo com o estado da arte, mas com exequibilidade na prática clínica, a realizar no DPSM do CHLO, com as estruturas e os recursos humanos existentes e com potencialidade de implementação;
- Por outro lado, estruturar uma **investigação** que permitisse avaliar a exequibilidade e o impacto do referido programa.

Pretendemos que estes dois desafios, apesar de distintos, fossem convergentes, articulados e realizados em simultâneo.

De igual modo, procurámos uma ampla participação da maioria dos profissionais do DPSM do CHLO e, nesse sentido, será importante destacar que se tratou de um projecto colectivo e de uma opção estratégica da Direcção do DPSM.

Os **objectivos** do Programa Integrar são sobreponíveis aos da investigação mas foram definidos num sentido mais lato:

- Promover a exequibilidade e a implementação de um programa de cuidados integrados na comunidade para pessoas com doença mental grave;
- Assegurar a continuidade e a acessibilidade a esses mesmos cuidados;
- Diminuir o número de recaídas e de internamentos; minimizar a incapacidade; diminuir a psicopatologia; melhorar a resposta às necessidades dos doentes, o seu funcionamento sócio-ocupacional, a sua qualidade de vida e a sua satisfação com os cuidados prestados.

As **características** do Programa Integrar incluem as definidas como essenciais para os cuidados integrados de doentes mentais graves (Parte I, cap. 5). Assim, este programa é caracterizado por procurar promover a integração em, pelo menos, quatro níveis diferentes: pessoas doentes, profissionais, projectos/intervenções e mobilização das partes envolvidas, como se sintetiza na tabela seguinte que, sumariamente, designaremos pelos 4 P do Programa Integrar.

Tabela 10 - Características do Programa Integrar

<b>4 P do Programa Integrar</b>	
1.	Promover a integração de <b>Pessoas</b> com doenças mentais na comunidade e a participação activa destas na sua recuperação;
2.	Dinamizar o trabalho integrado de vários <b>Profissionais</b> de uma equipa ou de várias estruturas;
3.	Integrar vários <b>Projectos</b> /intervenções de forma estruturada, coordenada e individualizada;
4.	Mobilizar a participação das <b>Partes</b> envolvidas ou a envolver, nomeadamente a família, cuidadores informais e da comunidade em geral.

Outra particularidade do Programa Integrar consiste na utilização de conceitos e princípios da recuperação (*recovery*), do modelo de *case management*, assim como a selecção de intervenções baseadas na evidência científica, estruturadas para cada doente através de um plano individual de cuidados.

### **2.3.2. Modelos, Intervenções, Procedimentos e Materiais Utilizados**

O Programa Integrar baseou-se na aplicação do **modelo de *case management***, tendo subjacente outros modelos já comentados (parte I, capítulo 1 e 2), nomeadamente, os **modelos: bio-psico-social, da psiquiatria comunitária, *balanced care model*, do stress-vulnerabilidade e da recuperação (*recovery*)**.

Através do modelo de *case management*, foi estruturada uma nova função nas equipas de saúde mental comunitárias, que consistiu na presença do terapeuta de referência. Por sua vez, foram definidas um conjunto de intervenções e de procedimentos, a serem aplicados pelos profissionais destas equipas, no exercício das suas novas funções como terapeutas de referência.

As actividades do TR tinham que ser articuladas com o psiquiatra do doente e desenvolvidas no contexto de um trabalho de equipa.

O modelo de *case manager* utilizado foi um modelo clínico que designámos como **modelo clínico de seguimento mantido e integrado**.

Na ausência de recursos que permitissem a aplicação do tratamento assertivo na comunidade, optámos por um modelo clínico de *case management*, no qual o TR deveria reestabelecer contactos e intervir de forma a que os doentes, que interrompessem ou abandonassem o seguimento, o retomassem. Foi neste sentido que explicitámos o termo de “seguimento mantido”.

As visitas domiciliárias podem ser um dos procedimentos a utilizar para retomar a continuidade do seguimento do doente. Tivemos a noção de que, face aos recursos humanos disponíveis, as visitas domiciliárias não podiam ser realizadas de forma sistemática. Recomendámos, no entanto, que fosse sempre efectuada, pelo menos, uma visita, de forma a permitir ao TR conhecer o ambiente social e familiar em que o doente vive.

As intervenções utilizadas foram seleccionadas, predominantemente, como práticas baseadas na evidência científica (Parte I, capítulo 2), tendo sido incluídas as seguintes áreas de intervenção, a desenvolver pelos TR:

- Intervenção psicoeducativa, em relação à doença e tratamento;
- Intervenção familiar;
- Abordagem breve cognitivo-comportamental para as psicoses (anexo 9);
- Estratégias para lidar com os sintomas e com a doença (anexo 9);
- Prevenção de recaídas (anexo 4);
- Seguimento mantido (de modo a assegurar a continuidade do tratamento);

Uma das tarefas fundamentais do TR consistiu na elaboração de um **plano Individual de cuidados** (anexo 1), com a participação do doente e, sempre que possível, envolvendo a família. Este plano pretendia contribuir para uma melhor coordenação das várias intervenções e definição dos objectivos das mesmas.

O plano individual de cuidados deveria apresentar as características referidas no capítulo três, da primeira parte da dissertação, e neste tinha que ser assinalado o **nível de intervenção**: nível base, de risco e de crise (Burns, 1993 e 2004). O nível indicado iria ter implicações na frequência e intensidade da intervenção.

Considerámos três níveis que são utilizados com frequência nestes planos: (Burns, 2004):

- **Nível “Base” (B)**: caracterizado por um estado clinicamente “estável”, face às características do doente. Neste nível, a avaliação e intervenção do TR deve ser, no mínimo, mensal;
- **Nível “Risco” (R)**: caracterizado por um estado de instabilidade clínica, com risco significativo de entrar em crise ou com pródromos e sintomas sugestivos dessa evolução. Neste nível, a avaliação e intervenção do TR deverá ser, no mínimo, semanal e com alerta do psiquiatra e de outros elementos da equipa;
- **Nível “Crise” (C)**: caracterizado por um estado de fase aguda da doença, com sintomatologia agudizada, com repercussões no comportamento e no funcionamento social, decorrentes da descompensação clínica. Neste nível, a intervenção será o mais frequente possível e no contexto adequado. Se necessário, preferencialmente após avaliação psiquiátrica, o doente deverá ser encaminhado para internamento, em articulação com a família e o psiquiatra do serviço de urgência/internamento. Caso o doente seja internado, o TR deverá manter o contacto com ele e articular com a equipa do internamento.

Alguns doentes, pelas suas características próprias - crises frequentes e internamentos, situações com maior risco para o próprio e terceiros, problemas graves na adesão à terapêutica, duplos ou múltiplos diagnósticos - podem ter que permanecer períodos mais prolongados no nível “risco”.

De forma a permitir a avaliação da exequibilidade das intervenções e procedimentos recomendados aos TR, foi elaborada uma *check-list*, que se apresenta na tabela seguinte.

**Tabela 11- *Check-list* das intervenções e procedimentos recomendados aos TR**

- 
- 1- Elaboração do PIC
  - 2- Elaboração do PIC com o doente
  - 3- Elaboração do PIC com o doente e participação da família
  - 4- Intervenção familiar breve e envolvimento da família no processo de recuperação
  - 5- Acesso ao modelo explicativo do doente em relação à perturbação de saúde mental
  - 6- Desenvolvimento de formulações alternativas e explicações mais adaptativas
  - 7- Intervenção psicoeducativa (incluindo informação sobre o tratamento e doença)
  - 8- Utilização do modelo stress-vulnerabilidade para explicar a doença ao próprio e/ou familiares
  - 9- Entrega do livro psicoeducativo “Sobre o seu tratamento” e esclarecimento de dúvidas
  - 10- Estratégias de como lidar com os sintomas e com a doença
  - 11- Estratégias para melhorar a adesão terapêutica
  - 12- Plano de prevenção de recaídas
  - 13- Prevenção do risco de suicídio
  - 14- Prevenção e intervenção em relação ao abuso de substâncias / drogas (incluindo abuso de álcool)
  - 15- Intervenção / avaliação domiciliar
  - 16- Contactar com o doente e/ou família, quando este faltar à sessão com o TR ou abandonar as consultas (ou outras intervenções para retomar o seguimento)
  - 17- Encaminhamento e mobilização de recursos e estruturas na comunidade
  - 18- Intervenções para melhorar as relações interpessoais e as aptidões sociais
  - 19- Reavaliação do PIC, avaliação dos progressos alcançados, dificuldades ainda existentes e redefinição de objectivos.
- 

Para o conjunto de procedimentos foi proposta uma sequência de dezoito sessões a realizar pelo terapeuta de referência, durante o período de um ano (doze nos primeiros seis meses e seis nos seis meses seguintes).

Esta sequência pode ser reajustada de acordo com as características do doente e a evolução da sua situação clínica. Também não é impeditivo que outras intervenções possam ser incluídas no plano individual de cuidados, e, sempre que indicado, o TR deve referenciar o doente para outros profissionais e estruturas.

### **Síntese da proposta de sequência das dezoito sessões a realizar pelo TR:**

Referenciação do doente para o Programa Integrar e consentimento informado assinado.

**1ª Sessão** – Contacto inicial com o doente e a família. Início da relação terapêutica (*engagement*). Procurar estabelecer uma relação empática e motivar o doente e a família para participarem activamente na sua recuperação. Parte da entrevista só com o doente e, no final, também com a família.

**2ª Sessão** – Procurar estabelecer uma relação terapêutica empática e iniciar a avaliação. Identificação de problemas e de necessidades.

**3ª Sessão** – Tentar identificar quais os objectivos prioritários para o doente e motivá-lo para a mudança. Começar a estruturar o plano individual de cuidados com o doente.

**4ª Sessão** – Continuar a elaboração do plano individual de cuidados com o doente e, caso haja concordância, envolver a família no processo. Considerar a referência para outras estruturas (e.g. fóruns sócio-ocupacionais ou outras estruturas de reabilitação psicossocial ) ou pedir a colaboração de outros profissionais, de forma a responder às necessidades do doente e complementar a intervenção do TR.

**5ª Sessão** – Sessão familiar (1): Avaliação do ambiente familiar, das relações entre os seus membros e dos padrões de comunicação na família.

Recomenda-se a realização de pelo menos uma visita/sessão domiciliária que permita ao TR conhecer o contexto sociofamiliar em que o doente vive. Se existirem condições, disponibilidade e for considerado útil, podem ser realizadas mais intervenções no domicílio.

**6ª Sessão** – Sessão familiar (2): continuidade da sessão anterior.

Nesta fase pretende-se avaliar, dar suporte e identificar problemas. Será dada particular atenção aos padrões de comunicação na família e à possibilidade de os melhorar. Face aos problemas identificados poderá ser indicado um posterior encaminhamento do doente e familiares para outras intervenções mais específicas (e.g. para grupos psicoeducativos multifamiliares).

**7ª Sessão** - Acesso ao modelo explicativo do doente em relação à sua doença. No contexto de uma intervenção terapêutica breve, considerar alternativas a este modelo explicativo no sentido de, se possível, desenvolver, em conjunto com o doente, modelos mais adaptativos.

**8ª Sessão** - Avaliar os factores precipitantes, de risco, de manutenção e os factores protectores em relação às crises, em particular, e à doença, em geral.

**9ª Sessão** - Intervenção psicoeducativa, com base nas vivências do doente. Utilizar o modelo *stress-vulnerabilidade* (Zubin e Spring, 1977) adaptado às características e à história da pessoa doente, para explicar a doença e mobilizar a participação activa do doente na sua recuperação.

**10ª Sessão** - Continuidade da intervenção psicoeducativa, com participação da família (sessão conjunta doente e familiares).

**11ª Sessão** - Continuidade da intervenção psicoeducativa, com participação da família (sessão conjunta doente e familiares).

**12ª Sessão** - Aprender a lidar com os sintomas e estratégias de *coping* com a doença (anexo 9).

**13ª Sessão** - Aprender a lidar com os sintomas e estratégias de *coping* com a doença (continuação).

**14ª Sessão** - Procurar melhorar a adesão à terapêutica farmacológica e ao tratamento em geral. Informação sobre a doença e o tratamento, adaptada à realidade e características do doente. Prevenção do consumo e da dependência de substâncias ou, no caso de existirem, intervenção no sentido da suspensão dos mesmos.

**15ª Sessão** - Melhorar a adesão terapêutica. Informação sobre a doença e tratamento (continuação).

**16ª Sessão** - Prevenção de recaídas. Identificação de sintomas precoces de aviso. Começar a elaborar o plano de recaídas (anexo 4) com o doente e, posteriormente, envolver a família.

**17ª Sessão** - Conclusão do plano de prevenção de recaídas e perspectivas da utilização do mesmo.

**18ª Sessão** - Avaliar os progressos alcançados e as dificuldades ainda existentes. Revisão do plano individual de cuidados e redefinição de novos objectivos ou de novas estratégias, para tentar alcançar os objectivos ainda não atingidos. Continuidade do seguimento.

A figura 5 ilustra de forma esquemática os procedimentos e as intervenções propostas para o Programa Integrar.

**Figura 5 - Procedimentos e Intervenções do Programa Integrar**





## **Materiais elaborados ou adaptados**

Previamente às formações e no decurso do programa, foram elaborados e adaptados vários materiais de suporte, posteriormente entregues aos TR e a outros profissionais do DPSM do CHLO:

-*Case Management in Psychosis, a Handbook*, (EPPIC, Austrália). Tradução e adaptação, devidamente autorizada, realizada por G. Borges e A. Rodrigues, da Associação Espiral (2004).

-Manual de Introdução à Abordagem Cognitivo-Comportamental para Pessoas com Esquizofrenia e Perturbação Esquizaafectiva (Turkington, 2002). Tradução e adaptação (2007), devidamente autorizada, realizada por Gago J., Leitão C. e Cabete M. (anexo 9).

-Impressos próprios do programa (impresso para o consentimento informado, ficha de referenciação para o programa, plano individual de cuidados e ficha de prevenção de recaídas - anexos 1, 2, 3 e 4).

Para disponibilizar aos doentes e familiares, no decorrer das sessões de psicoeducação, foi utilizado um pequeno livro denominado “Sobre o Seu Tratamento”, traduzido e adaptado por Gago J., Isidoro M. e Antunes I., em 2007 (anexo 8). Tradução, devidamente autorizada, do original em Inglês *About Your Treatment*, elaborado por um painel de peritos do Reino Unido (Peter Curran et al., 2002).

Este último material psicoeducativo foi utilizado no estudo *Insight* (Turkinton e Kingdon, 2006) e é interactivo no sentido em que tem partes para o doente preencher e registar informações. Após a tradução, numa linguagem acessível, testámos esse material junto de vários doentes e seus familiares, tendo os comentários destes justificado algumas adaptações, prévias à sua utilização no programa.

### **2.3.3 Passos no Desenvolvimento do Programa Integrar**

#### **Recursos e Estratégias**

No desenvolvimento do programa consideramos os setes passos recomendados por Thornicroft, Szumkler e Tansella (1999, 2001 e 2011), para a reorganização de serviços de saúde mental na comunidade e que, apesar de pequenas diferenças, estão de acordo com as recomendações da OMS (2003). As restantes etapas foram sobreponíveis com a investigação e irão ser descritas em conjunto.

## **Sete Passos no desenvolvimento do Programa Integrar:**

### **1) Adequar o programa aos princípios e prioridades do serviço**

Assumimos os princípios referidos no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) e preconizados a nível do DPSM do CHLO (acessibilidade, equidade, protecção de grupos especialmente vulneráveis, abrangência, participação comunitária, recuperação, coordenação e integração de cuidados)<sup>34</sup>.

Uma das prioridades do serviço consistiu em melhorar a prestação de cuidados a pessoas com DMG, que constituem um dos grupos vulneráveis de doentes que devem receber os cuidados a nível dos serviços de psiquiatria e saúde mental. Se esta prioridade não se verificar, é muito provável que muitos destes doentes não recebam os cuidados que necessitam.

### **2) Estabelecer os limites da intervenção**

-Os **limites geográficos** já estavam estabelecidos. O DPSM do CHLO tinha uma área de intervenção estabelecida e, para cada equipa comunitária, existia um sector geográfico atribuído.

-Os **limites funcionais** apresentaram algumas dificuldades, nomeadamente na ausência de um “filtro” bem definido (no sentido atribuído por Goldberg & Huxley, 1992) entre os cuidados de saúde primários e os cuidados secundários de psiquiatria e saúde mental. Tornava-se também importante melhorar a continuidade de cuidados entre a unidade de internamento e as equipas comunitárias, bem como promover uma maior articulação com estruturas formais e informais da comunidade.

### **3) Avaliar as necessidades da população alvo**

Quando o Programa Integrar foi estruturado não existiam dados recentes sobre as necessidades dos doentes mentais graves seguidos no DPSM do CHLO.

---

<sup>34</sup> Estes princípios foram desenvolvidos no capítulo 1 da primeira parte da dissertação. Thornicroft (1999, salienta a importância destes princípios, no planeamento a nível local, e faz referência aos designados **3xACE** (*Autonomy, Continuity, Effectiveness + Accessibility, Comprehensiveness, Equity + Accountability, Coordination and Efficiency*).

Dados de estudos anteriores (Xavier, 1999 e 2002) que efectuaram a avaliação de necessidades de doentes com esquizofrenia, do DPSM do CHLO, apuraram uma grande disparidade entre as áreas clínica e psicossocial, em detrimento da última. Foram apuradas necessidades relevantes nas áreas das tarefas domésticas, ocupação, relações sociais, perícias laborais, resolução de assuntos pessoais e gestão de dinheiro.

Entretanto decorreram oito anos, e a situação poderá ter-se alterado e assim implicar a “adequação” do programa às necessidades dos doentes. Para obtermos estes dados ficou definido que um dos primeiros instrumentos, a ser aplicado aos doentes envolvidos no programa, seria a avaliação de necessidades que teria de ser efectuada antes da elaboração do plano individual pelo TR.

#### **4) Avaliar os recursos disponíveis**

Quando iniciámos este programa sabíamos de antemão que não iríamos ter recursos adicionais para o mesmo, nem humanos nem materiais, mas que alguns profissionais, nomeadamente das equipas de saúde mental comunitárias, já em funções no DPSM do CHLO, ficariam a colaborar com o Programa Integrar, muitos mantendo total ou parcialmente as funções que já exerciam.

Esta desafio foi assumido e, também por estas circunstâncias, foi dada desde o início particular importância às questões da exequibilidade do programa.

O número de profissionais do DPSM do CHLO tinha vindo a decrescer nos últimos anos, em particular de psiquiatras e, em 2007, já se tornava particularmente difícil a contratação de novos recursos humanos para o Serviço Nacional de Saúde.

Estes pressupostos foram clarificados pela Direcção do DPSM do CHLO, que assumiu este programa como estratégico para o serviço e o apoiou, desde o início e ao longo de todo o processo, participando activamente nas várias etapas.

Com base nos recursos humanos existentes nas equipas e na divisão dos mesmos pelos dois programas horizontais (apresentada nas duas tabelas seguintes), foram **atribuídas as funções de terapeuta de referência a três profissionais por equipa, sendo quinze no total**, de acordo com a distribuição nas tabelas 12 e 13.

**Tabela 12 - População e recursos humanos\* das equipas de saúde mental comunitárias do DPSM do CHLO, em Setembro de 2007**

Equipas	Lisboa	Carnaxide	Oeiras	Parede	Cascais	Total
<b>População recenseada ** por sector</b>	50 256	80 387	83 917	81 858	88 825	385 243
<b>População *** inscrita nos Centros de Saúde por sector</b>	54551	88 866	88 084	80 686	97 197	409 384
<b>Psiquiatras</b>	2	2	2	2	2	10
<b>Psicólogos</b>	2	2	2	2	2	10
<b>Enfermeiros</b>	1	1	1	1	1	5
<b>T. Sup. Serv. Social</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Técnica Administrativa</b>	1	1	1	1	1	5

\* Não foram incluídos os recursos humanos das duas unidades de dia do DPSM do CHLO, também ligados às equipas, nem os médicos internos da especialidade de psiquiatria e estagiários dos vários grupos profissionais. Estes recursos humanos têm dado um precioso contributo, mas a capacidade de poderem garantir a continuidade de cuidados foi considerada fundamental na escolha dos terapeutas de referência.

\*\* Dados oficiais da população recenseada (censos de 2001). Em 2007 não conseguimos obter dados mais recentes sendo estes os dados também utilizados pela Direcção do Serviço do DPSM do CHLO.

\*\*\* Os dados da população inscrita são superiores mas sabe-se que existem algumas sobreposições e estes nem sempre correspondem a população residente na área respectiva. As direcções de alguns centros de saúde, como foi o caso de Cascais e Oeiras referiram sempre números superiores. Apesar de termos a noção que o número de pessoas por sector será provavelmente superior optámos pelos números oficiais do último censos.



**Tabela 13 - Distribuição dos recursos humanos das equipas pelo dois programas\***

Equipas	Lisboa		Carnaxide		Oeiras		Parede		Cascais	
	Integ	Ans &Dp	Integ	Ans &Dp	Integ	Ans &Dp	Integ	Ans &Dp	Integ	Ans &Dp
<b>PROGRAMA</b>										
<b>Psiquiatras</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Psicólogos</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Enfermeiros</b>	1		1		1		1		1	
<b>T.Sup. Serv.Social</b>	1		1		1		1		1	

\* Integ = Programa Integrar e Ans&Dp= Programa Ansiedade & Depressão e de Articulação com CSP

\*\* Destacado a fundo cinzento encontram-se o número de profissionais que pretendíamos que viessem a exercer as funções de Terapeuta de Referência (três por equipa e quinze no total).

## 5) Definir Estratégias

**A articulação dos planos, programas e projectos a nível nacional, regional, local e individual/doente** foi fundamental, não só em termos estratégicos mas também na coordenação de esforços para a exequibilidade dos mesmos, como tem sido defendido por muitos autores <sup>35</sup> (Thornicroft, 1999, 2001, 2009 e 2011; Drake, 2005; Mueser, 2011; Sena e Ferrinho, 2006) e a própria OMS (2003). Para além desta estratégia global, destacamos as estratégias consideradas mais relevantes do Programa Integrar:

- **Manter a estrutura de organização vertical do DPSM do CHLO**, com as chefias das várias unidades funcionais, incluindo das equipas comunitárias, com cerca de duas décadas de funcionamento e **maximizar o desenvolvimento de programas horizontais**. Inicialmente poderiam surgir algumas dificuldades mas tínhamos a noção que só com a colaboração efectiva dos profissionais destas unidades o programa poderia ser exequível;
- A Direcção do DPSM do CHLO considerou, nos critérios anuais do **Sistema de Avaliação do Desempenho**, as funções e intervenções dos profissionais envolvidos no programa, incluindo a coordenação do Programa Integrar, os psiquiatras e os TR, com quantificação de muitas das suas intervenções e do número de doentes seguidos por estes (*case load* dos TR). Este procedimento está relacionado com o que actualmente se designa por **accountability** <sup>36</sup>;
- Investimento na **formação dos profissionais envolvidos, e dos TR em particular**, previamente ao início do programa e, posteriormente, de forma continuada;
- **Motivação e valorização dos profissionais;**

---

<sup>35</sup> A articulação dos vários níveis: nacional, regional, local e individual na organização e prestação de cuidados em SM está particularmente bem sistematizada, na área da Saúde Mental, no Modelo das Matrizes (**Matrix Model**) de Thornicroft e Tansella (1999) assim como a referência a possíveis indicadores e, nesse sentido, utilizámos essa referência para estruturar alguns pontos da tese, apesar de não ser o modelo que optámos por seguir.

<sup>36</sup> O termo inglês “**accountability**” não tem uma tradução exacta em português e tem sido utilizado termos como: responsabilização, responsabilidade e prestar contas. Na prática o que sucedeu no DPSM do CHLO e, à semelhança do que se passou em outros serviços públicos, foi o facto de todos os profissionais definirem com a direcção os seus objectivos de trabalho, para o ano seguinte e de forma quantificável. **Sistema de Avaliação de Desempenho e Incentivos** porque inicialmente também incluíam incentivos financeiros, caso os objectivos fossem alcançados.

- **Monitorização e acompanhamento** do Programa em reuniões regulares com a coordenação das equipas e dos psiquiatras envolvidos em reuniões de supervisão/discussão de casos com os TR;
- **Clarificação das funções de TR e distinção das funções específicas de cada grupo profissional.** Procurámos maximizar as potencialidades inerentes a cada técnico e ao seu grupo profissional (psicólogos, técnicos superiores serviço social e enfermeiros);
- Identificar “**barreiras**”, esperadas e inesperadas, à exequibilidade do programa e tentar ultrapassá-las, nomeadamente, através da supervisão, do trabalho em equipa e recorrendo a peritos e consultores;
- Garantia e monitorização de uma “boa prática” das intervenções, com supervisão das mesmas;
- Explicação clara do Programa Integrar ao **doente e familiares**, motivando a sua participação activa no mesmo;
- Clarificar que a **responsabilidade clínica** continuará a ser do psiquiatra assistente, para além da responsabilidade de cada grupo profissional, e a actividade do TR deverá ser exercida, em articulação com o psiquiatra, sempre através de um trabalho efectivo em equipa que, em muitos casos, já vinha a ser realizado.

## 6) Exequibilidade e Implementação do programa

Estruturar o programa de forma a que pudesse ser **exequível**, foi um dos pilares essenciais do seu desenvolvimento. Se o programa for exequível, e as práticas se mantiverem ao longo do tempo, ou de preferência se aperfeiçoarem, poderemos falar de **implementação**, mesmo que, para o período de um ano, ainda se deva considerar como uma etapa inicial.

De acordo com Robert Drake (2005), podemos considerar a seguinte **fórmula para o sucesso da implementação** de um programa ou projecto:

<b>Implementação = f (Conhecimento* x Motivação x Oportunidade para a acção)</b>
--

\* (*know-how*)

Quando iniciámos o programa considerámos que estas condições estavam reunidas e, por esse motivo, avançamos, mas faltava verificar se este seria exequível e se teria potencialidades de implementação.

#### **7) Monitorização, revisões regulares, reajustamentos e reinício do processo, em ciclos de contínuo aperfeiçoamento**

Pretendemos suscitar, por parte dos intervenientes, sugestões e críticas ao programa, admitindo que não era um processo terminado, mas susceptível de sofrer reajustamentos e ser progressivamente melhorado.

### **2.4. Etapas da Investigação**

As etapas da investigação dividiram-se em dois períodos: a preparação e o desenvolvimento do Programa Integrar (Outubro 2006 a Outubro de 2007) e a implementação inicial do programa (Outubro de 2007 a Outubro de 2009).

Os doentes foram incluídos, de forma progressiva, ao longo do tempo e o **período de inclusão**, considerado na investigação, foi de 16 de Outubro de 2007 a 16 de Outubro de 2008. O **período de intervenção, avaliado para cada doente, foi de doze meses** e, como os doentes foram incluídos no estudo até 16 de Outubro de 2008, a conclusão deste processo só ocorreu a 16 de Outubro de 2009.

Após a referenciação de cada doente para o Programa Integrar, de acordo com os critérios previamente definidos, a **primeira avaliação (T0)** foi efectuada no decurso do primeiro mês. A intervenção foi estruturada para um ano, após o qual ocorreu a **segunda avaliação (T1)**.

A tabela na página seguinte resume as etapas da investigação e as datas em que estas foram realizadas.

**Tabela 14 - Etapas da Investigação**

<b>Etapas</b>	<b>Resumo das actividades realizadas</b>	<b>Datas ou Mês /Ano</b>
1	Pesquisa bibliográfica, início da elaboração do programa de cuidados integrados e selecção da população alvo.	Outubro de 2006
2	Consulta de peritos, elaboração da proposta inicial para o Programa Integrar e do protocolo da investigação.	Novembro de 2006
3	Reuniões com a Direcção do DPSM, com os coordenadores das equipas e restantes profissionais. Reajustes no programa, divulgação e motivação.	Dezembro de 2006 a Fevereiro de 2007
4	Revisão do Programa Integrar. Estratégias para a sua implementação. Preparação de manuais e material bibliográfico. Selecção de formadores.	Dezembro de 2006 a Março de 2007
5	Curso de Formação Intensiva dos quinze terapeutas de referência e outros profissionais envolvidos no programa.	9 a 12 de Abril de 2007
6	Acção de formação com o Prof. Douglas Turkington (New Castle University, UK) .	12 e 13 de Julho de 2007
7	Elaboração do manual de procedimentos, impressos de referência e consentimento informado. Selecção e preparação dos instrumentos de avaliação e outros questionários.	Maio e Junho de 2007
8	Formação dos avaliadores para a aplicação dos instrumentos de avaliação e treino na sua utilização.	Setembro de 2007
9	Reunião com os TR e outros profissionais envolvidos sobre os procedimentos de referenciação, critérios de inclusão, exclusão e prazos das avaliações.	Setembro de 2007
10	Ensaio piloto através do seguimento, por cada TR, de dois a três casos com posterior reavaliação e supervisão.	15 de Julho a 15 de Outubro de 2007
11	Início da referenciação dos doentes e seguimento destes pelos TR. Realização da primeira avaliação (T0).  Os doentes foram incluídos no programa, progressivamente, ao longo do período de inclusão. Para cada doente foi previsto um período de seguimento de doze meses, após o qual foi realizada a segunda avaliação (T1).	Início a 16 de Outubro de 2007  Período de Inclusão de doze meses com início a 16/10/07 e fim a 16 /10 /08
12	Acção de formação continuada do Programa Integrar realizada pelo Prof. David Kingdon (Southampton University, UK).	30 de Maio de 2008
13	Supervisão dos TR e formações intercalares. Esclarecimento de dúvidas e informações através de <i>mailing list</i> via internet (entre a coordenação do programa e os TR).	Outubro de 2007 a Outubro de 2009
14	Reuniões com os coordenadores das equipas sobre o programa e dificuldades na sua implementação.	Outubro de 2007 a Outubro de 2009
15	Análise dos resultados, revisão crítica do programa e perspectivas da sua continuidade.	Novembro e Dezembro de 2009



No primeiro curso de formação, a tempo completo, do Programa Integrar (trinta e duas horas), participaram formadores externos mas, a maioria dos formadores foram profissionais do próprio DPSM do CHLO, não só pela sua qualidade mas também para promover o envolvimento dos mesmos.

David Kingdon e Douglas Turkington (professores das Universidades de Southampton e New Castle, respectivamente), que tinham sido coordenadores do programa *Insight*, já anteriormente descrito, para além de formadores, colaboraram no Programa Integrar como consultores. A enfermeira Gloria Toletti também participou na formação, para falar na primeira pessoa da sua experiência, durante anos, no exercício das funções de TR na Suíça.

O Programa Integrar não foi estruturado apenas para um ano, apesar desse ser o período durante o qual foi efectuada esta investigação. Era do nosso conhecimento, e referido na literatura (Hogarty 1986 e 1991; Falloon, 1999; Petersen, 2005; Turkington, 2006), que alguns dos possíveis impactos destes programas demoravam alguns anos a alcançar e que tinham, em geral, vantagens na manutenção da intervenção. As nossas expectativas eram no sentido da continuidade do programa, após a sua implementação.

## **2.5. Dimensões e Variáveis do Estudo**

Nos programas integrados, com múltiplas intervenções, são geralmente seleccionadas as dimensões consideradas mais relevantes, de acordo com os objectivos dos mesmos. Não pretendemos avaliar todas as dimensões nem todas as partes intervenientes. Centrámos o nosso estudo na avaliação da exequibilidade das intervenções e nas repercussões destas nos doentes incluídos no programa.

Os conceitos, princípios e práticas da recuperação (*recovery*) foram muito influentes no Programa Integrar. No entanto, optamos por não utilizar uma escala específica para avaliar a recuperação. Em 2007, não estavam disponíveis instrumentos de avaliação de recuperação, em português e, igualmente nesse período, a multiplicidade de escalas em desenvolvimento a nível internacional e a ausência de consenso, sobre os itens a incluir, contribuíram para essa opção <sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> A validação parcial de uma escala para avaliar Recovery, foi efectuada em 2011. Com a devida autorização, adaptámos e efectuámos a validação da "Mental Health Recovery Measure" (MHRM, Young and Bullock, 2003), com a designação em português de "Instrumento de Avaliação da Recuperação/*Recovery* em Saúde Mental" (Gago J., Mendonça C., Pessoa M., Ferraz M.).

Indicamos as principais dimensões abordadas no estudo:

1. Exequibilidade
2. Psicopatologia
3. Necessidades
4. Incapacidade
5. Actividade social e ocupacional
6. Atitude relativa à medicação
7. *Insight*
8. Qualidade de Vida
9. Percepção de Cuidados e Satisfação
10. Outros indicadores clínicos, psicossociais e de utilização dos serviços

Com base nestas dimensões, e nas respectivas variáveis, podemos referir os principais indicadores considerados neste estudo. A forma como os indicadores estão distribuídos na tabela seguinte, numa adaptação do modelo das matrizes de Thornicroft (1999 e 2001) e de outros autores (Donabedian, 1980; Jenkins, 1990; Sena e Ferrinho, 2006), poderá esclarecer como, esses mesmos indicadores, foram entendidos nesta investigação.

**Tabela 15 - Proposta da organização dos principais indicadores do Programa, a nível local e individual, nas três fases de avaliação**

	<i>Input / estrutura</i>	<i>Processo</i>	<i>Output / resultados</i>
<b>Nível Local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos Humanos</li> <li>-Espaço físico/locais de trabalho</li> <li>-Estruturas de Reabilitação</li> <li>Psicossociais e estruturas intermédias disponíveis</li> <li>-Serviços Clínicos</li> <li>- Articulação entre os níveis de cuidados, serviços e unidades</li> <li>-Sistema de registo de dados</li> <li>-Orçamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Número de recaídas</li> <li>-Total de internamentos e duração dos mesmos</li> <li>-Cursos e acções de formação do Programa</li> <li>Integrar</li> <li>- Plano estratégico do DPSM do CHLO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mudanças nos indicadores avaliados de funcionamento do serviço</li> <li>-Taxa de emprego dos doentes</li> <li>- Ocupação dos doentes</li> <li>-Frequência de estruturas de reabilitação psicossocial</li> <li>-Morbilidade</li> </ul>
<b>Nível Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação de necessidades individuais (primeira avaliação)</li> <li>-Aptidões e conhecimentos dos técnicos antes da formação</li> <li>- Intervenções clínicas e psicossociais disponíveis</li> <li>-Consultas disponíveis (número de consultas de psiquiatria realizadas no ano anterior)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo do <i>Case Management</i> *</li> <li>- Plano Individual de Cuidados</li> <li>-Continuidade de cuidados</li> <li>- Número de intervenções familiares</li> <li>-Número de consultas de psiquiatria / ano</li> <li>-Número de intervenções do terapeuta de referência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Redução dos sintomas</li> <li>-Incapacidade</li> <li>- Avaliação de necessidades individuais (segunda avaliação)</li> <li>-Actividade social e ocupacional</li> <li>-<i>Insight</i></li> <li>-Atitude relativa à medicação</li> <li>-Qualidade de vida</li> <li>-Satisfação</li> </ul>

\* Para alguns autores, o modelo de *case management* pode ser considerado um indicador de estrutura (Jenkins, Indicadores na esquizofrenia, 1990) quando este já está a ser aplicado, mas no caso do Programa Integrar, este modelo foi iniciado como um objectivo do próprio programa e constituiu o processo através do qual a maioria das intervenções foram desenvolvidas.

## 2.6. Instrumentos de avaliação

Na escolha dos instrumentos de avaliação, procurámos seleccionar instrumentos já testados em outros estudos e reconhecidos internacionalmente. Um ponto que considerámos igualmente importante consistiu na selecção, sempre que possível, de instrumentos de aplicação breve, de modo a permitir uma avaliação em tempo útil e no contexto clínico.

Todos os instrumentos tinham uma versão em língua portuguesa, à excepção do Questionário de Percepção de Cuidados e de Satisfação (*Perception of Care and Satisfaction Scale*), cujo processo de adaptação foi articulado com o *Mclean Hospital* da *Harvard Medical School* nos EUA, onde o instrumento foi desenvolvido. Foram efectuados os procedimentos recomendados, incluindo tradução, retroversão, confirmação da manutenção de significados, consenso de peritos e ensaio piloto. Para os restantes instrumentos de avaliação utilizados no estudo, foi calculada a consistência interna, após a aplicação dos mesmos à população em estudo.

Os instrumentos de avaliação, seleccionados para serem aplicados pelos entrevistadores nas duas avaliações, estão indicados na tabela seguinte.

**Tabela 16 - Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados**

Dimensões	Instrumentos de avaliação
Psicopatologia	-ICD10: <i>Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria</i> (WHO, 1993)  -BPRS: <i>Brief Psychiatric Rating Scale 4.0</i> (Overall and Gorham, 1962)  -MADRS: <i>Montgomery–Asberg Depression Rating Scale</i> (S. Montgomery and M. Asberg, 1979)
Necessidades	CAN: <i>Camberwell Assessment of Need Research Version R2.0</i> (M. Phelan, G.Thornicroft, T. Wykes et al., 1995)
Incapacidade	DAS: <i>Disability Assessment Schedule II</i> (WHO, 1988)
Actividade Social e Laboral	SOFAS: <i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i> (Goldman et al. 1992)
Atitude em relação à medicação	DAI-10: <i>Drug Attitude Inventory</i> (Hogan et al. 1983)
Insight	SAI: <i>Schedule to Assess the componentes of Insight</i> (A. Davys, 1990)
Qualidade de Vida	WHOQOL-BREF: <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Bref version</i> (WHO, 1996)
Satisfação	PoCs: <i>Perceptions of Care and Satisfaction Survey - Outpatient Version</i> (Basis Plus, Mclean Hospital, Harvard Medical School, 2000)

Para além dos instrumentos de avaliação referidos na tabela 16, foram aplicados: um questionário sociodemográfico, um questionário da utilização dos serviços e dados do seguimento clínico e psicossocial (anexo 5) e uma *check-list* das intervenções e procedimentos recomendados aos terapeutas de referência (anexo 6).

Apresentamos as principais características dos questionários e instrumentos utilizados:

**a) Questionário sociodemográfico (anexo 5.1)**

Neste questionário, foram obtidos dados sociodemográficos gerais referentes aos doentes incluídos no estudo, nomeadamente idade, sexo, localidade e concelho de residência, nacionalidade, local de nascimento, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, situação profissional, outras ocupações, tipo de alojamento e familiares com quem vivem.

**b) Questionário de utilização de cuidados e de dados clínicos / psicossociais complementares (anexo 5.2)**

Este questionário foi elaborado para obter dados da utilização dos cuidados e informações clínicas / psicossociais, que não constam nos outros instrumentos de avaliação, incluindo: número de internamentos e duração dos mesmos, número de recaídas, número de consultas de psiquiatria por doente, número de intervenções realizadas pelo terapeuta de referência, número de intervenções familiares, medicação, adesão subjectiva à medicação, consumo de substâncias e frequência de encaminhamento para estruturas de reabilitação psicossocial.

**c) *Check-list* de verificação das intervenções e procedimentos recomendados aos terapeutas de referência**

Com base nas intervenções, e nos objectivos do Programa Integrar, foi elaborada uma *check-list* dos procedimentos recomendados aos terapeutas de referência (anexo 6).

Esta lista foi definida na metodologia, para avaliar a exequibilidade das intervenções, e muitos dos itens corresponderam a tópicos abordados nas formações realizadas. Com esta *check-list* não se pretendia a avaliação individual do terapeuta de referência, mas sim a avaliação global e, em que medida, estas práticas foram ou não realizadas.

Na sequência desta *check-list*, e da verificação se o plano individual de cuidados tinha sido realizado e quem tinha participado na sua elaboração, foram obtidos dados complementares sobre este plano. Apurámos quantos objectivos foram definidos nesses planos, e, destes, quantos foram alcançados ou resolvidos, na perspectiva do doente e do terapeuta de referência.

**d) ICD 10: *Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria* (WHO, 1993)**

Os diagnósticos clínicos foram realizados pelos psiquiatras assistentes de cada doente. Antes do estudo o registo oficial e informático dos diagnósticos era efectuado de acordo com a classificação ICD9-MC e, na maioria dos casos, esses diagnósticos não ficavam registados.

Para obtermos os diagnósticos actualizados, de acordo com os critérios ICD 10, esse diagnóstico foi indicado pelo psiquiatra assistente na ficha de referenciação (anexo 3) para o Programa Integrar.

Foram incluídos na investigação apenas os doentes com critérios diagnósticos referentes a F20 (esquizofrenia) e F25 (perturbação esquizoaffectiva) da ICD10.

**e) *BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale 4.0* (Overall e Gorham, 1962)**

Este instrumento de avaliação, desenvolvido por Overall e Gorham, em 1962, tem sido muito utilizado na clínica e na investigação, nomeadamente para a avaliação de sintomas psiquiátricos em pessoas com doença mental grave, em particular na esquizofrenia (Sajatovic, 2002).

De acordo com vários autores, a escala BPRS pode ser utilizada, não só para efectuar uma avaliação da psicopatologia existente em pessoas com doenças psicóticas num determinado momento, mas também para monitorizar alterações desses sintomas ao longo do tempo (Sajatovic, 2002; Lukoff, 1986; Kopelowicz, 2008).

A versão inicial tinha dezoito itens, e foi posteriormente desenvolvida uma versão com vinte e quatro itens (versão expandida, BPRS-E), da qual existe uma versão portuguesa<sup>38</sup>, que foi a utilizada na presente investigação.

---

<sup>38</sup> BPRS-E 4.0 versão portuguesa da Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da FCML: Caldas de Almeida, Gusmão, Talina & Xavier (1996).

Em relação às pontuações obtidas, na sequência da aplicação desta escala aos participantes no estudo, considerámos as pontuações BPRS como médias do total (BPRS<sub>total</sub>) e quatro subescalas: sintomas positivos (BPRS<sub>pos</sub>); sintomas negativos (BPRS<sub>neg</sub>); sintomas de mania/hostilidade, agitação/mania *ou* mania/desorganização (BPRS<sub>man</sub>) e sintomas depressivos e *de ansiedade* (BPRS<sub>dep</sub>). O intervalo de tempo de ocorrência dos sintomas considerado foi o mês imediatamente anterior à data de avaliação.

Para a pontuação do BPRS, total e subescalas, existem várias propostas das quais a maioria refere as quatro escalas anteriormente indicadas (Velligan, 2005; Ruggieri, 2005; Lasalvia, 2007; Kopelowicz, 2008).

Atendendo às características da presente investigação, e por não existirem discrepâncias significativas com os anteriores estudos, optámos pela proposta recente de Kopelowicz, Ventura, Liberman & Mintz (2008).

No estudo de Kopelowicz (2008), foi avaliada a consistência da BPRS e respectivas subescalas, em doentes com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva, em várias fases da doença e ao longo do tempo. A consistência das quatro subescalas, na versão da BPRS com vinte e quatro itens, foi consistente para estes doentes e também ao longo do tempo (coeficientes de correlação com valores elevados, variando de 0,91 a 0.98).

Nas conclusões, os autores do estudo anteriormente referido recomendam a utilização da pontuação BPRS total e das quatro subescalas, para avaliação de sintomas em pessoas com os diagnósticos considerados, não só na clínica, mas também na investigação.

Assim, para efeito de cálculo e análise estatística, considerámos a soma das pontuações dos itens, em cada caso (total ou subescalas), e dividimos o resultado pelo número desses mesmos itens.

A aplicação da BPRS deverá ser efectuada através de uma entrevista semi-estruturada mas, para calcular a pontuação, podem ser utilizadas outras fontes de informação disponíveis. As fontes poderão ser entrevistas e observações do comportamento por profissionais, familiares ou outros cuidadores, registos clínicos e a própria entrevista clínica (Ventura, 1993).

Para garantir uma adequada aplicação da BPRS, os psicólogos avaliadores, antes do início da investigação, participaram numa formação específica orientada pelo Prof. Doutor Miguel Xavier, formador autorizado e creditado para o efeito. Na segunda parte desse curso, os psicólogos avaliadores treinaram a aplicação do BPRS, com base em vídeos de casos clínicos, normalmente utilizados para aferir a fiabilidade inter-avaliadores e melhorar a qualidade de aplicação da BPRS. Para a correcta utilização dos restantes instrumentos de avaliação, foram efectuadas outras sessões de formação. Informações mais detalhadas sobre os itens e respectivos pontos de “ancoragem”, para atribuir a pontuação, encontram-se na versão portuguesa da BPRS (anexo 7.1).

**f) MADRS: *Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (Montgomery e Asberg, 1979)***

A Escala de Depressão de Montgomery-Asberg permite avaliar a ocorrência e a magnitude dos sintomas e pode contribuir para percepcionar a gravidade da depressão.

A versão utilizada, constituída por dez itens, deverá ser aplicada por um clínico, através de uma entrevista semi-estruturada. A pontuação de cada ítem varia de zero a seis, e a MADRS pode fornecer uma pontuação global, através da soma da pontuação atribuída aos vários itens, que varia entre zero e sessenta.

Utilizámos uma versão portuguesa da MADRS, que tem sido usada em várias investigações e teses, em Portugal (Góis, 2011).

Esta escala tem apresentado em vários estudos uma maior sensibilidade à mudança em relação à depressão, que a escala HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*, 1960) e tem sido utilizada, em múltiplas investigações sobre depressão na esquizofrenia (Montgomery, 1979; Barnes, 1989; Santen, 2008 ; Lako, 2012).

**g) CAN: *Camberwell Assessment of Need Research Version R 2.0 (Phelan, Thornicroft, Wykes et al., 1995)***

O Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (anexo 7.2) foi desenvolvido no Prism (*Psychiatric Research in Service Measurement*), por Phelan, Slade, Holloway, Strathdee, Thornicroft e Wykes em 1993.

A versão portuguesa resultou da adaptação autorizada e da validação efectuada em 1995 pelo autor desta dissertação, no contexto da sua tese de mestrado sobre “Avaliação de Necessidades em Reabilitação Psicossocial”. Nesse estudo, o CAN foi aplicado a pessoas com doença mental grave e confirmaram-se as propriedades psicométricas favoráveis que já existiam na versão inglesa (Gago J., 1996).

As principais características deste instrumento consistem na facilidade e brevidade da sua aplicação, no facto de considerar separadamente, e com igual grau de importância, o ponto de vista do técnico e do doente e de permitir a avaliação de necessidades cobertas, sem resposta e com resposta parcial.

Quatro princípios estiveram na base do desenvolvimento do CAN (Phelan M., 1995):

- As pessoas com doença mental têm necessidades e, embora algumas dessas necessidades sejam específicas, a maioria das necessidades são semelhantes às das pessoas sem perturbações psiquiátricas. Este conceito de “normalização” foi integrado no CAN, através dos itens escolhidos.
- As pessoas com doença mental podem apresentar necessidades não identificadas pelos técnicos. A identificação específica e separada dessas necessidades pelos doentes é uma das principais potencialidades deste instrumento de avaliação.
- A avaliação de necessidades deve fazer parte da prática clínica psiquiátrica e não deve ser apenas utilizada para investigação.
- Os pontos de vista do técnico e do doente são igualmente válidos e com o mesmo grau de importância.

O CANR apresenta vinte e dois itens: alojamento, alimentação, tarefas domésticas básicas, cuidados pessoais, actividades diárias, saúde física, sintomas psicóticos, informação sobre a doença e o tratamento, sofrimento psicológico (*psychological distress*), risco de danos para o próprio, risco de danos para os outros, álcool, droga, contactos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual, cuidar dos filhos, educação básica, utilização do telefone, utilização dos transportes, dinheiro e subsídios/benefícios sociais.



#### **h) DAS-S :Short Disability Assessment Schedule (WHODAS-S,WHO, 1996)**

A escala DAS, na versão breve (anexo 7.3.), corresponde à dimensão avaliada no eixo II da ICD-10. Esta escala tem sido testada em vários estudos que utilizaram a classificação multiaxial da ICD10, nomeadamente os que foram, coordenados pela OMS e que envolveram mais de setenta centros, em vinte e cinco países.

Os resultados destes estudos foram favoráveis, tanto quanto à utilidade e facilidade de aplicação desta escala por clínicos, como quanto às propriedades psicométricas da mesma (Janca, 1996; Thornicroft, 1996 e 2010).

Este instrumento semi-estruturado, de aplicação breve, pode ser utilizado para efectuar a avaliação clínica de incapacidade causada, quer por perturbação mental, quer por patologia orgânica e tem tido uma utilização particular nas perturbações psicóticas, incluindo na esquizofrenia (WHO, 2010; Thornicroft, 2010).

Os resultados desta escala podem ser utilizados como um valor total, resultante da soma da pontuação em cada uma das áreas de funcionamento, ou considerando o valor atribuído isoladamente a cada uma das áreas. As quatro áreas de funcionamento consistem em: cuidados pessoais, ocupação, família e actividades domésticas e contexto social amplo (tabela 17).

**Tabela 17 - Caracterização das áreas de funcionamento do DAS-S (Gusmão R. 2007)**

Área de Funcionamento da DAS-S*	Características Gerais
Cuidados Pessoais	Considerado como o conjunto de actividades orientadas por regras e convenções sociais. Refere-se à higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, etc. É provável que o fracasso em manter um padrão de cuidados pessoais aceitáveis interfira na participação social do doente.
Ocupação	Funcionamento esperado em actividades remuneradas, estudos, tarefas domésticas, outras actividades ocupacionais, estruturadas, etc.
Família e actividades domésticas	Participação do doente na vida familiar (por exemplo, papel conjugal, papel parental) e actividades domésticas (por exemplo, tarefas de limpeza e manutenção da casa, refeições tomadas em conjunto, etc.). Na pontuação deve ser dada especial atenção ao desempenho do doente tendo em conta o contexto sociocultural específico em que está inserido.
Contexto social amplo	Desempenho esperado do doente relativamente aos restantes membros da comunidade, à sua participação em actividades de lazer ou outras actividades sociais, etc. Deve ser considerado o estilo de adaptação evidenciado pelo doente fora do âmbito das actividades domésticas e o seu envolvimento com outras pessoas.

\*Com base na versão portuguesa WHO DAS-S (Gusmão, 2007)

***i) SOFAS: Social and Occupational Functioning Assessment Scale (Goldman, 1992)***

Trata-se de uma escala que avalia o funcionamento social e ocupacional. Para atribuir a pontuação do SOFAS, considera-se um espectro contínuo hipotético, que vai desde um nível excelente, numa ampla variedade de actividades sociais e ocupacionais, até uma incapacidade grave ou total (entre 100 e 1). O "0" corresponde, por convenção, a situações de informação insuficiente ou inadequada. Em relação ao período a que diz respeito a avaliação, considerou-se o último mês em que a escala foi aplicada.

A validade e a fiabilidade estão documentadas (Hall, 1995; Jones, 1995), sendo a sua utilização frequente na clínica e na investigação. A vantagem, em relação à Escala de Avaliação do Funcionamento Global (*Global Assessment of Functioning Scale-GAF*, Endicott, 1976), consiste em avaliar separadamente o funcionamento social e ocupacional e, desta forma, avaliar a dimensão pretendida. Utilizamos a versão portuguesa, incluída na publicação do DSM IV-R realizada em Portugal (Fernandes C., 2000).

***j) DAI-10: Drug Attitude Inventory (Hogan et al.1983)***

O DAI-10 (anexo 7.4.), com a tradução para português de Inventário de Atitudes Para Com a Medicação, foi desenvolvido com o objectivo de avaliar as atitudes de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, em relação à medicação e se essas atitudes ou a mudança das mesmas poderiam afectar a adesão à terapêutica (Hogan, 1983; Awad, 1993).

A primeira versão tinha 30 itens (DAI-30), que foram seleccionados pelos autores com base nos comentários que os doentes com este diagnóstico efectuaram em relação à medicação. Cada item corresponde a uma frase, que o doente identifica como verdadeira ou falsa.

Na investigação de Hogan (1983), foram avaliados 150 doentes com esquizofrenia, tendo as propriedades psicométricas sido favoráveis, em termos de fiabilidade e de consistência interna. Revisões posteriores da DAI-30, nomeadamente de análise da função discriminativa e análise factorial, permitiram o desenvolvimento de uma escala mais breve, com 10 itens (DAI-10), mas igualmente eficaz (Awad, 1993, Nielsen, 2012).

Num estudo recente de Nielsen (2012), as duas versões foram comparadas, tendo apresentado correlação elevada (0,94) e significativa fiabilidade teste-reteste (0,79). Os autores concluíram, referindo que a aplicação da DAI-10 pode ser preferível, atendendo à respectiva simplicidade e propriedades psicométricas favoráveis.

É uma escala de autopreenchimento (auto-aplicada), mas em determinados casos torna-se necessário a ajuda ou o esclarecimento de um técnico.

A versão DAI-30 foi, anteriormente, adaptada para português (Gusmão, 1998), existindo uma versão DAI-10 (anexo 7.4.) utilizada em várias investigações em Portugal. Foi esta a versão utilizada neste estudo, após termos obtido autorização de um dos seus autores (Awad) para a sua utilização.

O período de tempo a que se refere a avaliação com a DAI não é discriminado pelos autores da escala e considerámos o período anterior de um mês, nas duas avaliações, à semelhança do que se verificou com a maioria dos instrumentos que utilizámos.

A pontuação total da DAI-10 resulta da soma da pontuação dos diferentes itens, e varia entre dez e vinte. Não estão definidos pontos de “corte”, mas uma pontuação mais alta corresponde a uma atitude mais positiva, face à medicação. Seguimos a fórmula de cálculo recomendada pelos autores (Awad, 1993). Nos itens número 1,3,4,7,9 e 10 (atitudes positivas) as respostas verdadeiras valem dois pontos e as falsas valem um. Para os outros itens (2,5,6 e 8) as respostas verdadeiras valem um ponto e as falsas dois, correspondendo a atitudes supostamente negativas.

Na presente investigação, não pretendemos inferir directamente sobre a adesão à terapêutica, através da DAI-10, mas sim verificar se, na sequência das intervenções, ocorreu uma mudança no sentido de uma atitude mais positiva em relação à medicação. Não foram efectuados doseamentos sanguíneos ou urinários dos fármacos e, por esse motivo, não pudemos ter a certeza da adesão terapêutica, excepto nos casos em que foram administrados injectáveis de acção prolongada por um dos elementos da equipa.

#### **I) SAI: *Schedule to assess the componentes of Insight* (Davys A., 1990)**

Esta escala foi elaborada por Anthony Davis, para avaliação do *insight* em pessoas com perturbações psicóticas e, em particular, com esquizofrenia.

Na dissertação, utilizámos o termo inglês de *insight*, porque, para muitos autores, trata-se de um conceito multidimensional (Davis, 1990 e 1992; Amador, 1993; Marková, 1995 e 2003) e não apenas referente à consciência da doença.

O conceito de *insight* tem evoluído, desde uma perspectiva dicotómica (presença ou ausência), até ser considerado um fenómeno multidimensional, com diferentes níveis e diferentes dimensões (Amador, 1998).

Essas dimensões variam consoante os autores, mas, no caso de Anthony Davis, e subjacente à escala que elaborou para avaliar o *insight* (SAI – primeira versão, 1990), este autor teve em consideração três componentes: 1) consciência da pessoa doente em relação a ter uma doença mental; 2) consciência da necessidade de tratamento e 3) capacidade de relacionar os sintomas psicóticos com a doença (atribuição dos sintomas à doença). A pontuação máxima corresponde a catorze.

Existe uma versão portuguesa da SAI (anexo 7.5), que obtivemos através do autor da versão original (Davis A.) bem como a autorização para a utilização da mesma.

***m) WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-Brief version (WHO, 1996)***

Existem muitas escalas de qualidade de vida (mais de 150) e, apesar de não existir um consenso sobre este conceito, a OMS procurou uma definição que se enquadrasse em vários contextos e situações, das doenças físicas às psíquicas, e em várias culturas.

O grupo de trabalho da OMS para o desenvolvimento desta escala definiu deste modo qualidade de vida: “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1994 e 1998).

Inicialmente foi desenvolvida uma versão com 100 itens (WHOQOL-100) e, posteriormente, uma versão de aplicação mais breve (WHOQOL- BREF) que, inclusive, em alguns centros, apresentou melhores propriedades psicométricas que a versão mais completa.

A versão breve (WHOQOL-BREF) tem vinte e seis questões e, em relação aos resultados, pode considerar-se a pontuação total (qualidade de vida global) ou quatro domínios: *físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente*, de acordo com as fórmulas de cálculo indicadas no instrumento de avaliação (anexo 7.6)

De acordo com as instruções da escala, os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida, mas para alguns itens sucede o contrário (e.g. dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação, morte e morrer).

Utilizámos a versão portuguesa da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (versão breve), cuja validação foi efectuada, para Portugal, por Maria Cristina Canavarro, da Faculdade de Psicologia de Coimbra (anexo 7.8). Essa escala já foi utilizada, no nosso país, para estudos na área da esquizofrenia (Brissos, 2008; Rocha N., 2009).

***n) PoCs: Perceptions of Care and Satisfaction Survey - Outpatient Version (Basis Plus, Mclean Hospital, Harvard Medical School, 2000)***

No decurso deste estudo, assim como no desenvolvimento do Programa Integrar, temos defendido a participação activa do doente na sua recuperação e na avaliação dos cuidados prestados. Procurámos um instrumento que reflectisse essa prática, e que não se limitasse a avaliar a satisfação dos doentes, mas considerasse também a sua opinião em relação aos cuidados de saúde mental recebidos.

Dentro dos instrumentos pesquisados, aquele que melhor se enquadrava com o que pretendíamos, foi um instrumento que tem sido utilizado com sucesso nos EUA, e que consiste num questionário para avaliação da percepção dos cuidados, em saúde mental, pelo doente e a sua satisfação com os mesmos.

Este instrumento teve como base as investigações realizadas por Susan Eisen (2002), tendo sido, posteriormente, desenvolvido por um grupo de trabalho do Hospital Mclean, da Universidade de Harvard, denominado *Mclean Basis Plus*.

O processo de adaptação para a língua portuguesa foi articulado e monitorizado por este grupo, após termos obtido autorização formal, através da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Foram efectuados os procedimentos recomendados, incluindo tradução, retroversão, confirmação da manutenção de significados, consenso de peritos e ensaio piloto. Utilizámos a última versão em português, resultante de todo este processo.

A versão, para doentes em ambulatório, deste questionário é constituída por dezoito itens (anexo 7.7), que podem ser agrupados em subescalas (cada uma com um valor mínimo de zero e um valor máximo de cem):

- Acesso e disponibilidade dos terapeutas
- Continuidade e coordenação de cuidados
- Comunicação com os terapeutas e informação recebida

O item dezassete avalia a satisfação global com os cuidados recebidos, e a pontuação varia entre zero e o máximo de dez.

Conforme o acordo estabelecido com o grupo *McLean Basis Plus*, os resultados não foram calculados directamente por nós, mas sim através do sistema informático criado para o efeito no Mclean Hospital da Universidade de Harvard. À semelhança do que sucede com os serviços de saúde mental que utilizam este instrumento de avaliação nos EUA, foi garantida a confidencialidade dos dados.

Através deste inquérito não foram avaliados pelo doente os cuidados prestados por um único profissional, mas sim os prestados pelo conjunto dos profissionais envolvidos no tratamento, nas equipas de saúde mental comunitárias.

### **Consistência Interna dos instrumentos de avaliação utilizados**

A consistência interna dos instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Os valores encontrados podem ser observados nas tabelas 18 a 23. Os valores mais elevados foram encontrados no BPRS (0,867), na MADRS (0,861), e no domínio psicológico da Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL (0,856, bom), enquanto o mais baixo foi encontrado no domínio do relacionamento social 0,613 (fraco mas aceitável) deste ultimo instrumento. A caracterização destes valores, tem como referência os indicados por Hill (2005).

*-Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 ( BPRS) :*

**Tabela 18 – Consistência interna: BPRS**

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
BPRS	0,867	24

-*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)* :

**Tabela 19 - Consistência interna: MADRS**

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
MADRS	0,861	10

- *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- Brief)*:

**Tabela 20 – Consistência interna: WHOQOL-Brief**

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Domínio Físico	0,774	7
Domínio Psicológico	0,856	6
Domínio Rel. Sociais	0,613	3
Dom. Meio Ambiente	0,811	8

-*Short Disability Assessment Schedule (DAS-S)*

**Tabela 21 - Consistência interna: DAS-S**

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
DAS	0,784	4

-*Drug Attitude Inventory (DAI-10)*

**Tabela 22 - Consistência interna: DAI-10**

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
DAI	0,702	10

- *Schedule to assess the componentes of Insight (SAI)*

**Tabela 23 - Consistência interna: SAI**

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
SAI	0,718	7

## **2.7. Aspectos Éticos**

Previamente ao início do estudo, submetemos à Comissão de Ética do Hospital S. Francisco Xavier (actual CHLO) o protocolo do programa integrado para doentes mentais graves, onde se incluíam os doentes com esquizofrenia e com perturbação esquizoaffectiva.

Os doentes, para poderem participar no estudo do Programa Integrar, tiveram que dar o consentimento informado, por escrito (anexo 2).

Para assegurar a confidencialidade dos dados, inicialmente foram utilizadas as iniciais dos nomes dos doentes e foi atribuído um número a cada um deles. Posteriormente, no registo na base de dados e nas restantes fases do estudo, foi apenas utilizado esse número.

## **2.8. Procedimentos estatísticos**

Para testar as relações entre variáveis utilizámos, como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância ( $\alpha$ )  $\leq 0,05$ .

Os testes usados incluíram o teste t de Student para amostras independentes (quando se comparou duas amostras independentes e a variável dependente era de tipo quantitativo). Os pressupostos deste teste, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o de homogeneidade de variâncias, foram analisados, respectivamente, com o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene.

Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos, foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney. Utilizou-se igualmente o teste t de Student para amostras emparelhadas quando se comparou os valores obtidos no início e no fim do programa, relativamente às variáveis quantitativas. Como alternativa a este último teste, usou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon.

O teste de Qui-quadrado de McNemmar foi aplicado, quando se testou a diferença de proporções entre amostras emparelhadas. Utilizou-se, ainda, o teste do Qui-quadrado de ajustamento para avaliar as alterações nos principais psicofármacos utilizados.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0 para Windows.



## **Parte II**

### **Capítulo 3**

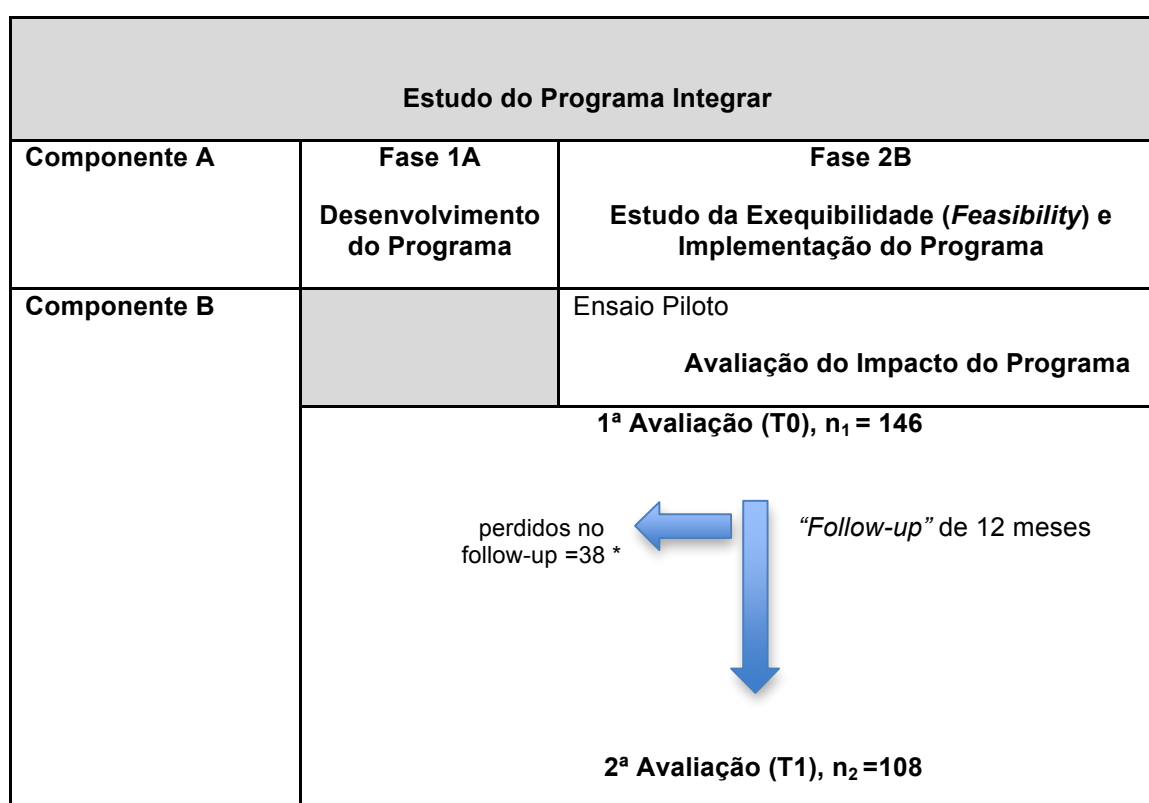
#### **Resultados**

Após apresentarmos os dados de estatística descritiva, serão referidos os resultados dos dois componentes do estudo (A e B). Primeiro para o componente A (desenvolvimento, exequibilidade e implementação do programa), seguido dos resultados para o componente B (impacto do programa), consoante se esquematiza na figura 6.

### 3.1. Introdução aos dados descritivos <sup>39</sup>

Na primeira avaliação, foram incluídas 146 pessoas, com os diagnósticos de esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva, através de uma amostra de conveniência e por referência sequencial para participarem no Programa Integrar, das cinco equipas de saúde mental comunitárias (Lisboa Ocidental, Carnaxide, Oeiras, Parede e Cascais) do DPSM do CHLO.

**Figura 6 - Componentes do Estudo do Programa Integrar**  
(Introdução aos resultados)



\* Destes 38 doentes (26%), doze continuaram em seguimento no Programa Integrar, mas não fizeram a segunda avaliação, por indisponibilidade dos mesmos no momento dessa avaliação. Assim, os abandonos ao Programa Integrar corresponderam a 26 doentes (18% da amostra inicial).

<sup>39</sup> Para uma melhor comparação dos dados e apresentação dos mesmos, no capítulo dos resultados e discussão, optámos por os números não serem escritos por extenso. Trata-se de uma excepção em relação aos restantes capítulos da tese, em que seguimos a regra de indicar por extenso até ao número 100 e por numeração árabe a partir deste valor (Pedro Serrano, 2004).

Todos os doentes da amostra a seguir descrita, após terem concordado participar no Programa Integrar (através de consentimento informado), foram avaliados e iniciaram o respectivo programa, tendo-se atribuído a cada doente um terapeuta de referência.

Após o período de seguimento de um ano, cada doente foi de novo avaliado. Efectuaram esta segunda avaliação 108 doentes. Trinta e oito doentes (26%) não foram reavaliados, após um ano de programa. Destes 38 doentes, 12 mantiveram o seguimento no Programa Integrar, mas estiveram indisponíveis aquando da realização da segunda avaliação.

Assim, em relação à amostra inicial de 146 doentes, abandonaram o Programa Integrar 26 doentes (18%), e 38 não efectuaram a segunda avaliação.

### **3.2. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra**

Na distribuição da amostra, houve um predomínio de doentes do sexo masculino (97; 66,4%), constituindo quase o dobro em relação ao sexo feminino (49; 33,6%), de acordo com tabela 24. Relativamente aos restantes dados sociodemográficos, verificámos que houve uma maioria no escalão etário 31- 40 anos (44,5%), com média de idades de 36 anos. Também constatámos que a maioria dos doentes eram de nacionalidade portuguesa (93,2%), solteiros (82,2%), sem filhos (83,6%), sem actividade profissional (68,5%) e residindo em casa de familiares (56,8%). Viviam com os pais 57,5% dos doentes, enquanto 20,5% viviam sózinhos e 6,8% viviam com o cônjuge .

As características sociodemográficas dos 38 doentes (26%) que abandonaram o estudo, no sentido em que não efectuaram a segunda avaliação, podem ser observada na tabela 25. Na sua maioria, são do género masculino (26; 68,4%). No entanto, quando se corrige a proporção de abandonos, em função da sua dimensão inicial, constata-se que estes foram muito semelhantes nos dois géneros: 26,8% e 24,5%, respectivamente homens e mulheres.

A taxa de abandono foi maior nos doentes com mais de 50 anos, embora em números absolutos tenha sido mais elevada nos doentes do escalão 31- 40 anos. Tendo como referência o valor absoluto, estes abandonos registaram-se em maior número nos doentes solteiros, sem actividade profissional e que vivem com os pais.

**Tabela 24 –Características sociodemográficas da amostra**

Variáveis		N	%
<b>Género</b>	Masculino	97	66,4
	Feminino	49	33,6
<b>Idade</b> Média: 36,1 (dp=8,4)	Até 20	2	1,4
	21-30	37	25,3
	31-40	65	44,5
	41-50	34	23,3
	> 50 anos	8	5,5
<b>Concelho</b>	Cascais	71	48,6
	Oeiras	42	28,8
	Lisboa	30	20,5
	Almada	1	0,7
	Sintra	1	0,7
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	136	93,2
	Angolana	4	2,7
	Espanhola	1	0,7
	Francesa	1	0,7
	Cabo-verdiana	2	1,4
	Holandesa	1	0,7
<b>Estado civil</b>	Casado, união de facto	8	5,4
	Divorciado ou separado	18	12,4
	Solteiro	120	82,2
<b>Filhos</b>	Com filhos	24	16,4
	Sem filhos	122	83,6
<b>Habilitações</b>	1º ciclo	7	4,8
	2º ciclo	13	8,9
	3º ciclo	33	22,6
	Curso técnico	52	35,6
	Licenciatura ou Bacharelato	23	15,8
	Licenciatura incompleta	18	12,3
<b>Situação profissional</b>	Emprego a tempo completo	17	11,6
	Emprego a tempo parcial	12	8,2
	Desempregado/sem activ. prof.	86	68,5
	Estudante	4	2,7
	Reformado/pensão por doença	27	18,5
<b>Alojamento</b>	Casa da família	83	56,8
	Casa própria (do doente)	43	29,5
	Casa arrendada pelo doente	17	11,6
	Quarto arrendado	1	0,7
	Instituição	1	0,7
	Residência Protegida	1	0,7
<b>Vive</b>	Pais	84	57,5
	Cônjuge	10	6,8
	Sózinho	30	20,5
	Filhos	1	0,7
	Irmãos	8	5,5
	Amigos	3	2,1
	Outros	2	1,4

*\*Mudaram de residência mas mantiveram o médico de família e continuaram a ser seguidos pelas Equipas de Saúde Mental Comunitárias de Oeiras e Cascais*

**Tabela 25 –Características sociodemográficas dos doentes que não efectuaram a segunda avaliação:**

Variáveis		N	%	% sobre a amostra inicial
<b>Género</b>	Masculino	26	68,4	26,8
	Feminino	12	31,6	24,5
<b>Idade</b>	21-30	12	31,6	32,4
	31-40	17	44,7	26,2
	41-50	6	15,8	17,6
	> 50 anos	3	7,9	37,5
<b>Nacionalidade</b>	Angolana	2	5,3	50,0
	Caboverdiana	1	2,6	100,0
	Espanhola	1	2,6	100,0
	Francesa	1	2,6	100,0
	Portuguesa	33	86,8	24,3
<b>Estado civil</b>	Casado /união de facto	2	5,3	25,0
	Divorciado ou separado	6	15,8	33,3
	Solteiro	30	78,9	25,0
<b>Habilitações</b>	1º ciclo	8	21,1	38,1
	2º ciclo	7	18,4	12,3
	3º ciclo	12	31,6	41,4
	Curso técnico	1	2,6	20,0
	Licenciatura ou Bacharelato	8	21,1	34,8
	Lic. incompleta	2	5,3	18,2
<b>Situação profissional</b>	Emprego a tempo completo	6	15,8	35,3
	Emprego a tempo parcial	4	10,5	33,3
	Desempregado/sem act.prof	24	63,2	27,9
	Estudante	1	2,6	25,0
	Reformado	3	7,9	11,1
<b>Vive</b>	Sózinho	10	26,3	33,3
	Casado/união de facto	4	10,5	40,0
	Pais	18	47,4	21,4
	Filhos	1	2,6	100,0
	Irmãos	2	5,3	25,0
	Amigo	1	2,6	33,3
	Outros	2	5,2	100,0

Em termos de estatística descritiva, e relativamente à situação profissional, apresentamos na tabela 26 e na figura 7 os dados obtidos na primeira e na segunda avaliação.

Salientamos que 17 doentes tinham emprego na primeira avaliação (8 a tempo completo e 9 a tempo parcial), número que passou a ser de 29 <sup>40</sup> (18 a tempo completo e 11 a tempo parcial) na segunda avaliação.

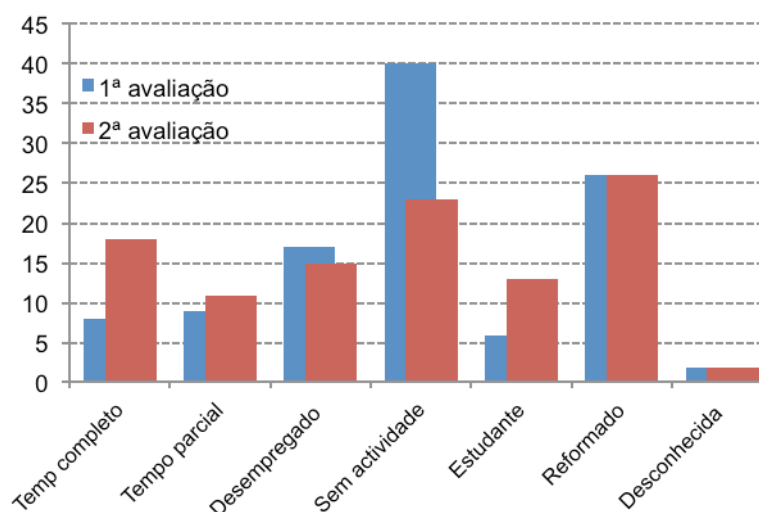
Ainda em relação à situação profissional, na avaliação inicial tinham emprego a tempo completo 8 (7,4%) doentes, número que, após os 12 meses do programa, aumentou para 18 (16,7 %).

**Tabela 26 - Situação profissional**

	1ª Aval.	2ª Aval.
Emprego a tempo completo	8	18
Emprego a tempo parcial	9	11
Desempregado *	17	15
Sem actividade	40	23
Estudante/Formação	6	13
Reformado/Incapacidade definitiva	26	26
Desconhecida/não avaliada	2	2

\* Considerámos desempregados os doentes que estavam a receber subsídio de desemprego e/ou inscritos no centro de emprego

**Figura 7 – Evolução da situação profissional (números absolutos):  
diferença entre as duas avaliações**



(Temp. completo significa emprego a tempo completo e tempo parcial significa emprego tempo parcial)

<sup>40</sup> Profissões exercidas pelos doentes quando fizeram a segunda avaliação (de acordo com as respostas ao questionário): administrativo-3, hotelaria-3, professores -2, psicólogos-1, recepcionista- 1, profissional de mudanças- 1, massagista – 1, estágios profissionais – 2, distribuição de jornais -1, empregado em lojas comerciais -2, auxiliar numa creche- 1 , vendedor -1, auxiliar num complexo de piscinas-1, empregado num restaurante-2, empregado limpeza-2, jardinagem-1, não especificada – 4.

Em relação ao tipo de alojamento, da primeira para a segunda avaliação, praticamente não ocorreram alterações, sendo de referir que o número de pessoas doentes a viver em residências protegidas continuou a ser muito reduzido (um doente na primeira avaliação e dois na segunda), sendo que a maioria (71; 65%) dos doentes continuaram a viver com a família. Na primeira avaliação, residiam com a família 56,8% dos doentes.

Na **caracterização clínica da amostra**, em relação aos diagnósticos (Tabela 27), na primeira avaliação, foram incluídos 116 doentes (79,5%) com esquizofrenia e 30 (20,5%) com psicose esquizoafectiva.

**Tabela 27- Diagnósticos Clínicos (ICD10)**

Categoria Diagnóstica	Código ICD10	Frequência	%
Esquizofrenia paranóide	F20.0	99	68
Esquizofrenia hebefrénica	F20.1	3	2,1
Esquizofrenia indiferenciada	F20.3	4	2,7
Esquizofrenia residual	F20.5	4	2,7
Esquizofrenia simples	F20.6	3	2,1
Esquizofrenia forma não especificada	F20.9	3	2,1
Total com esquizofrenia (soma dos subtipos anteriores)	F20	116	79,5
Perturbação esquizo-afectiva	F25	30	20,5

Na tabela 28, indicamos as características clínicas adicionais da amostra, que considerámos relevantes.

**Tabela 28 - Características clínicas adicionais dos doentes \***

	Média (dp), mediana; min-máx
Idade do início da doença (anos)	24,68 (7,3), 23; 10-47
Tempo desde o diagnóstico (anos) (número de anos de doença)	11,38 (8,3), 10; 1-35
Tempo desde o início da toma da medicação (anos)	9,86 (7,6), 9; 1-35
Demora entre o diagnóstico e o início da medicação (anos)	1,8 (3,7)
Número de doentes que foram internados compulsivamente no ano anterior ao início do programa	8 (5,5 %)
Número de doentes que efectuaram tentativas de suicídio no ano anterior ao programa	5 (3,4 %)

\* (n=146)

Em relação ao número de internamentos prévios (Tabela 29), em serviços de psiquiatria, obtivemos uma média de três internamentos por doente (dp=3,1; máx= 21, min=1), com a seguinte distribuição:

**Tabela 29 – Distribuição dos doentes de acordo com número de internamentos prévios em serviços de Psiquiatria/SM \***

Nº de internamentos	Freq.	%
1-2	69	47,3
3-5	30	20,6
6-8	9	6,2
9-21	7	4,9
Total	115	100,0

\* relativo ao grupo dos que foram internados

Dos 146 doentes da amostra, 31 (21,2%) nunca tinham estado internados, ao contrário de 115 (78,8 %) que já tinham tido, pelo menos um, internamento.

Completando os dados da caracterização da amostra, apresentamos na tabela 30 a distribuição dos doentes pelas equipas de saúde mental comunitárias (ESMC) do DPSM do CHLO, onde estavam a ser seguidos.

**Tabela 30 - Participantes por ESMC do DPSM-CHLO**

Equipas Saúde Mental Comunitária de :	Frequência	%
Cascais	36	24,7
Parede	35	24,0
Carnaxide	27	18,5
Lisboa	25	17,1
Oeiras	23	15,8
Total	146	100,0

Na sequência das reuniões preparatórias do Programa Integrar, foi antecipadamente estabelecido que os resultados seriam analisados no conjunto, e não por equipa. Não pretendíamos comparar as equipas, nem que essa circunstância pudesse constituir um eventual obstáculo à exequibilidade e implementação do programa.



### 3.3. Componente A do estudo: Exequibilidade e Implementação inicial do Programa Integrar

A avaliação da exequibilidade foi efectuada com base em objectivos, parâmetros e procedimentos previamente definidos na metodologia. Os resultados reflectem se foram ou não atingidos ou concretizados.

Todos os 15 profissionais de saúde que receberam formação para efectuar as funções de terapeuta de referência (TR) vieram a desempenhar essa função. Cada TR, acompanhou, em média, 10 doentes da amostra, com o número mínimo de 5 e máximo de 20.

Em relação ao seguimento pelos TR (Tabela 31), o número de doentes que tiveram um número de  $\geq 18$  sessões/ano (objectivo pretendido) com estes profissionais, no âmbito do programa, correspondeu a 76,9% (83).

As sessões familiares com o TR foram realizadas  $\geq 3$  (mínimo pretendido) em relação a 49 doentes (45,4 %) e apenas para 24 (22,2%) doentes não foram realizadas sessões com a família.

**Tabela 31- Sessões realizadas pelo TR a doentes e a familiares**

Intervenções dos Terapeutas de Referência	Média	Máx.-min.	Número ou periodicidade definidos como objectivos e % concretização
Número de Sessões realizadas a <b>doentes</b> e registadas pelo TR nos 12 meses de seguimento dos doentes no Programa Integrar	19,9	10 - 38	Objectivo de 18 sessões /ano $\geq 18 = 83(76,9\%)$ $< 18 = 25(23,1\%)$
Número de Sessões realizadas a <b>familiares</b> e registadas pelo TR nos 12 meses de seguimento dos doentes no Programa Integrar	4,21	1 a 24 (n = 84 *)	Objectivo mínimo de 3 sessões /ano $\geq 3 = 49(45,4\%)$ $< 3 = 59(54,6\%)$

*\*Em relação a 24 doentes, não foram realizadas sessões familiares*

A recomendação de acompanhamento quinzenal <sup>41</sup> (tabela 32), nos primeiros seis meses, foi cumprida em 73,8% (79) dos doentes. Destes, a recomendação de o acompanhamento se tornar mensal, nos seis meses seguintes, só foi cumprida em 34,2% dos casos (n=27).

<sup>41</sup> Para além, do número pretendido de sessões do TR com o doente ser  $\geq 18$  sessões/ano, foi também aconselhada uma periodicidade mínima, nos primeiros 6 meses de seguimento quinzenal (12 sessões) e nos 6 meses seguintes mensal (6 sessões).

Como se verifica na tabela 32 (*cross tabulation*), os TR tiveram, na sua maioria, a tendência para manter, no período de 6 a 12 meses, a mesma periodicidade dos primeiros 6 meses, ou seja quinzenal (para 58,2 % dos doentes).

**Tabela 32 - Periodicidade do seguimento ao longo do tempo**

nos primeiros 6 meses		no período de 6 a 12 meses de seguimento				Total
		semanal	quinzenal	3 em 3 semanas	mensal	
semanal	Frequência	2	11	1	1	15
	% 1ºs 6 meses	13,3%	73,3%	6,7%	6,7%	100,0%
	% 6 a12 meses seg.	66,7%	18,6%	14,3%	2,6%	14,0%
	% do total	1,9%	10,3%	,9%	,9%	14,0%
quinzenal	Frequência	1	46	5	27	79
	% 1ºs 6 meses	1,3%	<b>58,2%</b>	6,3%	<b>34,2%</b>	100,0%
	% 6 a12 meses seg.	33,3%	78,0%	71,4%	71,1%	<b>73,8%</b>
	% do total	,9%	43,0%	4,7%	25,2%	73,8%
3 em 3 semanas	Frequência		1	1		2
	% 1ºs 6 meses		50,0%	50,0%		100,0%
	% 6 a12 meses seg.		1,7%	14,3%		1,9%
	% do total		,9%	,9%		1,9%
mensal	Frequência		1		10	11
	% 1ºs 6 meses		9,1%		90,9%	100,0%
	% 6 a12 meses seg.		1,7%		26,3%	10,3%
	% do total		,9%		9,3%	10,3%
Total	Frequência	3	59	7	38	107
	% 1ºs 6 meses	2,8%	55,1%	6,5%	35,5%	100,0%
	% 6 a12 meses seg.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	2,8%	55,1%	6,5%	35,5%	100,0%

Na tabela 33 estão registados as intervenções e procedimentos recomendados ao TR, o número de doentes em que se realizaram e a respectiva percentagem.

Estas intervenções foram realizadas, para a maioria dos doentes, à excepção de quatro itens: participação da família na elaboração do plano individual de cuidados (38,5%), prevenção do risco de suicídio (33,9%), prevenção e intervenção em relação ao abuso de substâncias (45%) e intervenção/avaliação domiciliar (19,3%).

**Tabela 33 - Check-list das intervenções e procedimentos recomendados aos TR**

<i>Intervenção realizada</i>	Não		Sim	
	Freq.	%	Freq.	%
1 Elaboração do PIC	2	1,8	107	98,2
2 Elaboração do PIC com o doente	10	9,2	99	90,8
3 Elaboração do PIC com o doente e participação da família	67	61,5	42	38,5
4 Intervenção familiar breve e envolvimento da família no processo de recuperação	29	26,6	80	73,4
5 Acesso ao modelo explicativo do doente (relativo à doença) e formulação	5	4,6	104	95,4
6 Desenvolvimento de formulações alternativas e explicações mais adaptativas	22	20,2	87	79,8
7 Intervenção psicoeducativa (incluindo informação sobre o tratamento e doença)	4	3,7	105	96,3
8 Utilização do modelo stress-vulnerabilidade para explicar a doença	18	16,5	91	83,5
9 Entrega do folheto "Sobre o seu tratamento" e esclarecimento de dúvidas	17	15,6	92	84,4
10 Estratégias de como lidar com os sintomas e com a doença	1	,9	108	99,1
11 Estratégias para melhorar a adesão terapêutica	13	11,9	96	88,1
12 Plano de prevenção de recaídas	12	11,0	97	89,0
13 Prevenção do risco de suicídio	72	66,1	37	33,9
14 Prevenção e intervenção em relação ao abuso de substâncias	60	55,0	49	45,0
15 Intervenção / avaliação domiciliar	88	80,7	21	19,3
16 Contactos com o doente e a família quando este faltou à sessão com o TR ou deixou de ir às consultas (ou outras intervenções para este retomar o seguimento)	7	6,4	102	93,6
17 Encaminhamento e mobilização de recursos e estruturas na comunidade	21	19,3	88	80,7
18 Intervenções para melhorar as relações interpessoais e as aptidões sociais	6	5,5	103	94,5
19 Reavaliação do PIC, avaliação dos progressos alcançados e novos objectivos	9	8,3	100	91,7

Em relação ao **plano individual de cuidados (PIC)**, este foi efectuado pelo TR em 98,2% dos doentes. Deste total, em 90,8 % dos casos, foi elaborado conjuntamente com o doente e, em 38,5 % dos casos, incluiu a participação activa dos familiares.

Quando se comparam os **objectivos identificados no PIC com os objectivos que foram alcançados, ou nos quais ocorreu melhoria**, verificou-se que, de um valor médio de 5 objectivos estabelecidos, foram cumpridos 3, sendo este valor médio praticamente igual para ambas as perspectivas (terapeuta de referência e doente), como consta da tabela 34.

Quando se comparam os objectivos definidos com os alcançados/melhorados (tabelas 34, 35 e 36), na perspectiva do TR (4,93 vs 3,23), constatou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois,  $t(108)=13,449$ ,  $p=0,001$ . Na comparação dos objectivos definidos com os alcançados/melhorados (tabelas 34, 35 e 36), na perspectiva do doente (4,85 vs 3,23), verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois,  $t(102)=13,223$ ,  $p=0,001$ .

No entanto, quando se comparam os objectivos alcançados/melhorados, referidos pelo doente e pelo TR (3,23 vs 3,21), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativa, entre as duas perspectivas,  $t(102) = 0,684$ ,  $p=0,495$ .

**Tabela 34 - Objectivos do Plano Individual de Cuidados (PIC)**

	Média	Mediana	Máximo-min	Dp
Número de objectivos identificados na elaboração do PIC, <b>(O-PIC)</b>	4,85	5,00	1-12	1,73
Número de objectivos do PIC em relação aos quais ocorreu melhoria/resolução após 12 meses de programa na perspectiva do TR, <b>(OA-TR)</b>	3,23	3,00	1-8	1,39
Número de objectivos do PIC em relação aos quais ocorreu melhoria/resolução após 12 meses de Programa, na perspectiva do doente <b>(OA-D)</b>	3,21	3,00	1-9	1,39

**Tabela 35 - Estatística de médias emparelhadas (objectivos do PIC)**

		Média	n	Dp
Par 1	O- PIC	4,93	103	1,693
	OA-TR	3,23	103	1,395
Par 2	O- PIC	4,72	109	1,891
	OA-D	3,04	109	1,539
Par 3	OA-TR	3,23	103	1,395
	OA-D	3,19	103	1,428

**Tabela 36 – Significância das diferenças (objectivos do PIC)**

		t **	n	Sig.
Par1	OPIC –OTR	13,449	102	0,001 *
Par 2	OPIC - OD	13,223	108	0,001 *
Par 3	OTR - OD	0,684	102	0,495

\*  $p \leq 0,05$

\*\* t referente ao teste t de Student

Por último, para o componente A do estudo e em relação à frequência de **estruturas de Reabilitação Psicossocial** (tabela 37 e Figura 8 e 9), na primeira avaliação estavam nestas estruturas 42 (25,9%) dos doentes da amostra inicial e na segunda essa situação verificava-se com 80 (74,1%) dos doentes avaliados.

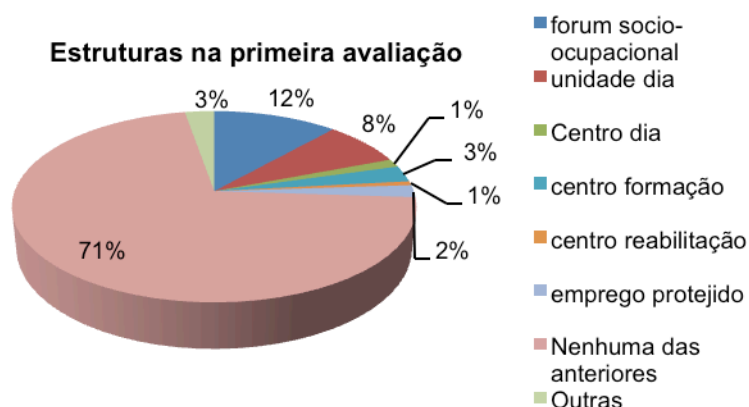
**Tabela 37- Doentes a frequentar Estruturas de Reabilitação Psicossocial**

Estruturas de Reabilitação psicossocial (ERPS *)	Na 1ª Avaliação (doentes a frequentar ERPS)	Na 2ª avaliação (doentes a frequentar ERPS)
Forum sócio-ocupacional	17(11,64%)	28 (25,69%)
Unidade de dia	11(7,53%)	21 (19,27%)
Centro dia	2 (1,37%)	4 (3,67%)
Centro formação profissional	4(2,74%)	16 (14,68%)
Centro Reabilitação	1(0,68%)	1 (0,92%)
Emprego Protegido	3 (2,05%)	4 (3,67%)
Outras ERP/ est. comunidade**	4 (2,73%)	6 (5,50%)
Total a frequentar ERPS	42 (28,77 %)	80 (74,07%)
Nenhuma ERPS	104 (71,23 %)	28 (25,93%)

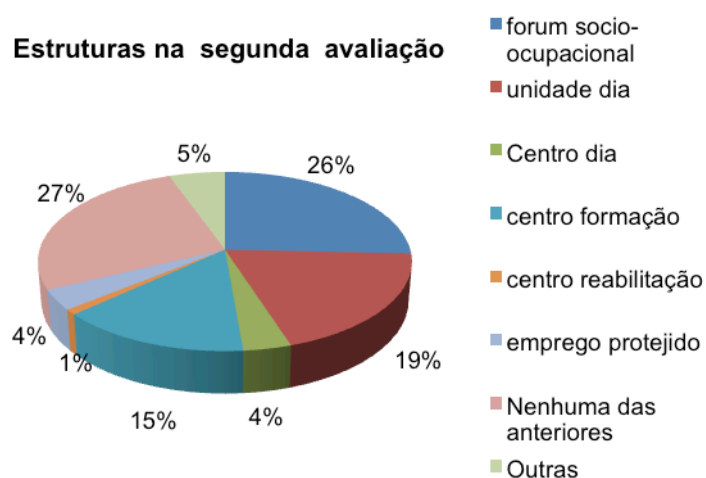
\* ERPS: Estruturas de Reabilitação Psicossocial

\*\* Estruturas na comunidade, que para estes 4 doentes, foram o Centro Comunitário Carcavelos e centros de actividades da Câmara Municipal.

**Figura 8 - Estruturas de Reabilitação Psicossocial e doentes que as frequentavam na primeira avaliação**



**Figura 9 - Estruturas de Reabilitação Psicossocial e doentes que as frequentavam na segunda avaliação**



### 3.4. Componente B: Avaliação do Impacto do Programa Integrar

Antes de iniciar o estudo, e após a formação (de 15/7/2007 até 30/9/2007), foi efectuado um ensaio piloto, no qual os terapeutas de referência testaram o seguimento inicial, em 2 a 3 doentes com critérios de inclusão. Foram também experimentados os instrumentos de avaliação. De um modo geral, os doentes entenderam facilmente as questões colocadas, apesar da validade facial já ter sido testada, para a maioria dos instrumentos de avaliação.

#### 3.4.1. Número e duração dos internamentos

A média de internamentos no ano anterior ao início do programa foi de 0,40 e diminuiu para 0,17 no ano em que cada doente participou no programa, sendo a diferença estatisticamente significativa,  $t(108) = -4,003$ ,  $p=0,001$ .

No ano que precedeu o programa, 39 (36,1%) doentes foram internados (distribuição na tabelas 38 e 39), enquanto que no ano em que decorreu o programa necessitaram de internamento 14 (12,9%) doentes, para o mesmo grupo de doentes ( $n_2 = 108$ ). Isto significa que, após o desenvolvimento do programa, se verificou uma **diminuição de 64,1% no número dos doentes internados**.

**Tabela 38 – Distribuição da frequência do número de internamentos (ano anterior ao programa)**

	Frequência	Percentagem %
0	69	63,9
1	36	33,3
2	2	1,8
4	1	0,9
Total	108	100,0

**Tabela 39 – Distribuição da frequência do número de internamentos (ano em que decorreu o programa)**

	Frequência	Percentagem %
0	94	87,0
1	10	9,3
2	2	1,8
3	1	0,9
9	1	0,9
Total	108	100,0

Em relação à **duração dos internamentos**, no ano anterior ao programa, os 39 doentes internados tiveram um total de 1522 dias de internamento, enquanto que, no ano do programa os 14 doentes internados tiveram um total de 523 dias de internamento. Em termos absolutos, ocorreu uma **redução de 999 dias (menos 65,6% dias)**.

Ocorreu, igualmente, uma diminuição da média dos dias de internamento/ano por doente (39,03 vs 37,36 dias), embora esta diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(51) = 0,199$ ,  $p = 0,846$  (tabela 40).

**Tabela 40 – Média de dias de internamento/ano por doente**

	Antes do programa		No ano do programa		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Dias de internamento	39,03	28,83	37,36	20,59	0,843

Outro dado importante consistiu no número de **reinternamentos**. Dos 39 doentes internados no ano que precedeu o programa, 12 (30,8%) foram reinternados no ano em que decorreu o programa.

### 3.4.2. Número de recaídas

A média de recaídas (tabela 41) do ano anterior (0,66) diminuiu, comparativamente à média de recaídas durante o ano do programa (0,35), sendo a diferença estatisticamente significativa,  $t(108) = -3,361$ ,  $p = 0,001$ .

**Tabela 41– Número de recaídas**

Número de Recaídas*	Média	Mediana	Dp	Min-Máx.
Ano anterior ao início do programa	0,66	1,00	0,796	0-5
Ano em que os doentes participaram no programa	0,35	0,00	0,809	0-3

*\*Recaída, definida para os avaliadores, como o reaparecimento ou o agravamento dos sintomas psicóticos detectados ou confirmados pelo psiquiatra.*

No ano anterior ao programa sofreram recaídas 57 (52,7%) doentes, e no ano em que decorreu o programa essa situação ocorreu em 26 (24%) doentes, correspondendo a uma redução de 45,6 %.

### 3.4.3. Número de consultas de Psiquiatria

A média de consultas (tabela 42) do ano anterior (4,88) aumentou, comparativamente ao ano do programa (7,88), sendo a diferença estatisticamente significativa,  $t(98)=11,964$ ,  $p=0,001$ .

**Tabela 42– Número de Consultas de Psiquiatria**

Número de Consultas de Psiquiatria	Média	Mediana	Dp	Min-Máx.
Ano anterior ao início do programa	4,88	4,00	2,04	0-14
Ano em que os doentes participaram no programa	7,88	8,00	2,38	0-17

### 3.4.4. Terapêutica psicofarmacológica

A terapêutica psicofarmacológica, não foi uma dimensão estudada pormenorizadamente nesta investigação, face aos objectivos estabelecidos. Considerámos, contudo, importante analisar se existiam diferenças significativas entre os fármacos utilizados na primeira e na segunda avaliação.

Verificou-se que, na primeira avaliação, pouco mais de metade dos doentes estavam medicados com antipsicóticos dépot (62; 56,8%), o que também se veio a verificar na segunda avaliação (57; 52,2 %).

Na terapêutica com antipsicóticos de segunda geração (atípicos), houve um ligeiro aumento, da primeira para a segunda avaliação: 93 doentes (85,3%) vs 97 (88,9%). Entre estes é de salientar que, na avaliação inicial, estavam a fazer terapêutica com clozapina <sup>42</sup> 32 doentes (29,4 %), enquanto na segunda avaliação estavam 26 doentes (23,4 %) a tomar esta medicação.

<sup>42</sup> A clozapina foi o único antipsicótico em relação ao qual indicámos os resultados específicos por ser habitualmente indicado como fármaco de segunda linha, em situações mais graves ou resistentes às terapêuticas anteriores. Assim, e apesar de indirectamente, são dados que contribuem para melhor caracterizar a terapêutica psicofarmacológica.



Quando comparada a medicação, que estava a ser utilizada na primeira avaliação e na segunda avaliação (tabela 43), constatámos que as diferenças não foram estatisticamente significativas,  $\chi^2(6) = 3,879$ ,  $p=0,693$ .

**Tabela 43 - Medicação: principais psicofármacos utilizados na 1ª e na 2ª avaliação**

Grupos de Psicofármacos ou fármaco específico	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	Freq.	%	Freq.	%
Antipsicóticos Depôt	62	56,8	57	52,2
Antipsicóticos orais de 1ª geração (típicos)	24	22,0	22	20,1
Antipsicóticos orais de 2ª geração (atípicos)	93	85,3	97	88,9
Estabilizadores do humor	40	36,6	35	32,0
Antidepressivos	36	33,0	34	31,2
Anticolinérgicos	27	24,8	19	17,4
Benzodiazepinas	37	33,4	31	28,4

### 3.4.5. Consumo de drogas

Os resultados foram obtidos por questionário, não se tendo realizado doseamentos sanguíneos ou urinários. Por tal motivo, estes resultados têm evidentes limitações sendo meramente indicativos. Em relação ao consumo de drogas (tabela 44), presume-se que tenha ocorrido uma redução de 50 % no total de doentes que tinham comportamentos aditivos (28 doentes no ano anterior vs 14 doentes no ano em que decorreu o programa).

**Tabela 44 - Consumo de Drogas (incluindo abuso de álcool)**

	Sim		Não	
	Freq.	%	Freq.	%
Consumo de Drogas nos 12 meses anteriores ao início do programa	28	27,2	75	72,8
Consumo de Drogas durante os 12 meses do programa	14	13,6	89	86,4
Consumo de Drogas nos últimos 3 meses prévios à 2ª avaliação	12	11,0	97	89,0

Considerando as mesmas limitações, será de presumir que tenha ocorrido uma diminuição substancial do número de doentes que consumiam canabinóides, da primeira (33; 30,5 %) para a segunda (13; 12,0%) avaliação. A tabela 45 apresenta o número de consumidores das substâncias de abuso / dependência discriminadas, na primeira e na segunda avaliação.

**Tabela 45 - Consumo de Drogas: número de consumidores por substância**

	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Canabinóides	33	13
Álcool	26	14
Cocaína	3	2
Ecstasy (MDMA)	3	2
Anfetaminas	2	1
Heroína	2	2

**3.4.6. Impressão clínica e psicossocial global da evolução de cada doente, após os 12 meses do programa:**

Relativamente à impressão clínica e psicossocial, existe um grau de subjectividade muito grande, mas, apesar dessas limitações, considerámos importante a obtenção destes dados (tabela 46). Em termos gerais, ocorreu melhoria, após 12 meses de programa, na perspectiva dos TR, em 92 (85,9%) doentes e, na perspectiva dos doentes, esse número foi de 89 (83,2%). A distribuição, pelos graus de evolução considerados, apresenta-se na tabela seguinte:

**Tabela 46 - Impressão Clínica e Psicossocial Global da evolução de cada doente, após os 12 meses do programa**

Impressão Clínica e Psicossocial Global *	Perspectiva do doente		Perspectiva do TR	
	Freq.	%	Freq.	%
após os 12 meses do programa				
1-Muito melhor que há 1 ano	24	22,4	21	19,6
2-Melhor que há 1 ano	33	30,8	39	36,4
3-Ligeiramente melhor que há 1 ano	32	29,9	32	29,9
4 -Na mesma	15	14,0	14	13,1
5- Ligeiramente pior que há 1 ano	1	0,9	0	0
6 -Pior que há 1 ano	2	1,8	1	0,9
7-Muito pior que há 1ano	0	0	0	0

n=107 (1 caso sem resposta)

\* Corresponde à adaptação do segundo item do instrumento *Clinical Global Impression* - CGI (W.Guy,1976), amplamente utilizado e com versão portuguesa. Mantivemos os mesmos 7 graus de evolução (escala de Likert com 8 valores possíveis e 0 correspondente a não avaliado/não respondeu).

## Resultado das avaliações efectuadas com os instrumentos de avaliação:

### 3.4.7. Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS)

Quando se compararam as pontuações médias do BPRS (total), entre a primeira e a segunda avaliação (tabelas 47), constatou-se uma diminuição significativa,  $t(107)=5,139$ ,  $p=0,001$  (média 1,80 vs 1,52).

**Tabela 47- BPRS: diferenças entre avaliações**

	1ª Aval.		2ª Aval.		Sig
	M	Dp	M	Dp	
BPRS total	1,80	108	1,52	108	0,001 *

\*  $p \leq 0,05$

Quando se consideraram as **subescalas da BPRS** (tabela 48) obtiveram-se os seguintes resultados, para a respectiva comparação de médias, entre a primeira e a segunda avaliação:

1) **Sintomas positivos** (BPRS pos): ocorreu uma diminuição significativa, entre a primeira e a segunda avaliação  $t(107)=2,885$ ,  $p=0,005$  (média 1,75 vs 1,53).

2) **Sintomas negativos** (BPRS neg): ocorreu uma diminuição significativa, entre a primeira e a segunda avaliação,  $t(107)=2,964$ ,  $p=0,004$  (média 2,10 vs 1,88).

3) **Sintomas de mania/agitação** (BPRS mania): ocorreu uma diminuição significativa, entre a primeira e a segunda avaliação,  $t(107)=3,001$ ,  $p=0,003$  (média 1,43 vs 1,28).

4) **Sintomas depressão/ansiedade** (BPRS dep): ocorreu uma diminuição significativa, entre a primeira e a segunda avaliação,  $t(107)=4,186$ ,  $p=0,001$  (média 2,19 vs 1,82).

A diferença mais elevada, entre a primeira e a segunda avaliação, verificou-se na subescala BPRS depressão/ansiedade (0,37), seguida dos sintomas positivos (0,22) e negativos (0,22) e por último os sintomas de mania/agitação (0,15).

**Tabela 48 - BPRS, subescalas: diferenças entre avaliações**

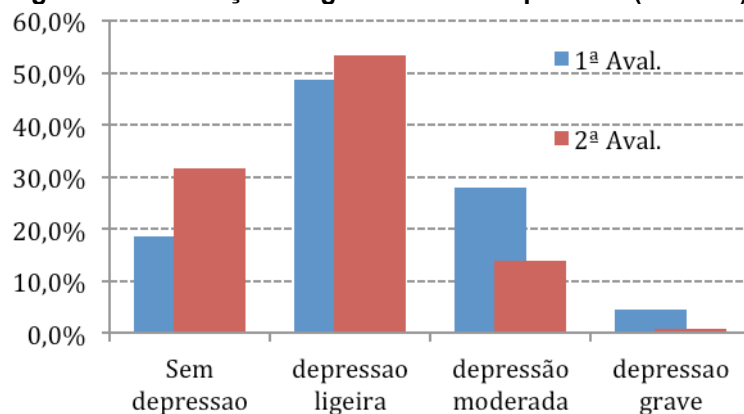
	1ª Aval.		2ª Aval.		Sig
	M	Dp	M	Dp	
Positivos	1,75	0,98	1,53	0,71	0,005 *
Negativos	2,10	0,97	1,88	0,73	0,004 *
Mania	1,43	0,59	1,28	0,42	0,003 *
Dep/Ansiedade	2,19	0,96	1,82	0,74	0,000 *

\*  $p \leq 0,05$ **3.4.8. Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS)**

A média das pontuações totais, da Escala de Depressão de Montgomery-Asberg (tabela 49), passou de 15,76 pontos (na primeira avaliação) para 11,16 pontos (na segunda avaliação), sendo a diferença estatisticamente significativa,  $t(105)=4,767$ ,  $p=0,001$ .

**Tabela 49 - MADRS: evolução da depressão**

	1ª Aval.		2ª Aval.		Sig
	M	Dp	M	Dp	
Depressão	15,76	10,16	11,16	7,86	0,001 *

\*  $p \leq 0,05$ **Figura 10 - Avaliação da gravidade da depressão (MADRS): diferença entre as avaliações****Tabela 50 - MADRS: Depressão**

	1ª Aval.		2ª Aval.	
	Freq.	%	Freq.	%
Sem depressão	20	18,5	34	31,5
Depressão ligeira	52	48,1	58	53,7
Depressão moderada	29	26,9	15	13,9
Depressão grave	5	4,6	1	0,9
Total	106	98,1	108	100,0

Quando considerámos o total de doentes com pontuação indicativa de depressão, incluindo os três grupos – ligeiro, moderado e grave (tabela 51 e figura 10) -, e comparámos esse total entre a primeira e a segunda avaliação, obtivemos os seguintes resultados (tabela 51):

**Tabela 51- MADRS: diferenças entre as avaliações**

	1ª Aval.	2ª Aval.
Com depressão	79,6%	68,5%

Incluindo somente os valores correspondentes à depressão moderada e grave, obtivemos 34 (31,5%) doentes na primeira avaliação e 16 (14,8%) na segunda.

#### **3.4.9. Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN-R2):**

Os resultados apurados na avaliação de necessidades, na perspectiva dos doentes, evidenciaram uma distribuição das necessidades com diferenças significativas,  $\chi^2 (2) = 178,272$ ,  $p = 0,001$ , entre a primeira e a segunda avaliação.

Na distribuição dos três estados de necessidades, para todos os itens, diminuíram as necessidades sem resposta e as necessidades com resposta / parcialmente respondidas e aumentaram as situações em que não ocorreram necessidades relevantes (tabela 52 e figura 11).

**Tabela 52 – Distribuição do estado das necessidades  
(perspectiva dos doentes: valores totais)**

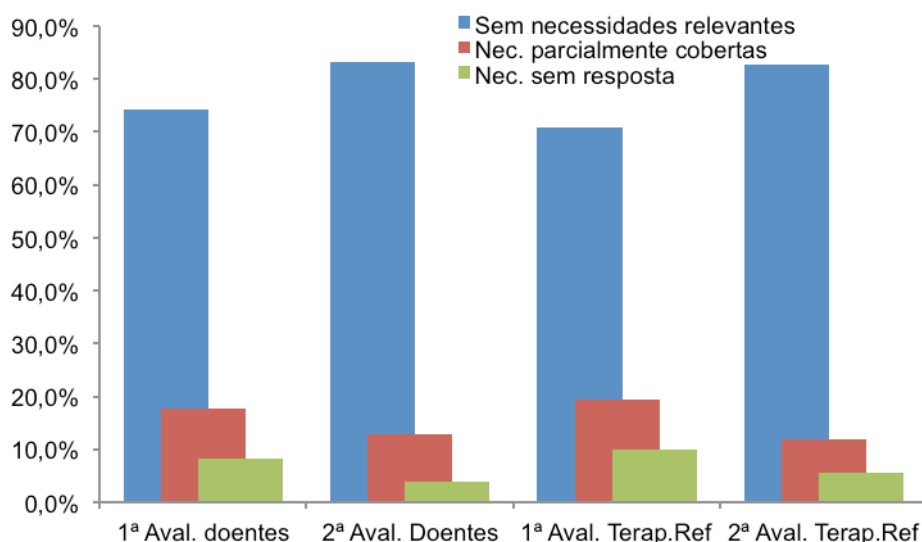
	1ª avaliação		2ª avaliação	
	Freq.	%	Freq.	%
Sem necessidades relevantes	1664	70,8	1956	83,3
Nec. parcialmente cobertas	396	16,9	304	12,9
Nec. sem resposta	185	7,9	89	3,8
Total	2245	95,6	2349	100,0

Na perspectiva dos terapeutas de referência, também obtivemos uma distribuição das necessidades significativamente diferentes,  $\chi^2 (2) = 236,429$ ,  $p = 0,001$ , entre a primeira avaliação e a segunda avaliação. Diminuíram as necessidades sem resposta e as necessidades com resposta / parcialmente respondidas e aumentaram as situações em que não ocorreram necessidades relevantes (tabela 53 e figura 11).

**Tabela 53 – Distribuição do estado das necessidades (perspectiva dos terapeutas referência: valores totais)**

	1ª avaliação		2ª avaliação	
	Freq.	%	Freq.	%
Sem necessidades relevantes	1657	70,7	1845	82,7
Nec. parcialmente cobertas	451	19,3	263	11,8
Nec. sem resposta	234	10,0	123	5,5
Total	2342	100,0	2231	100,0

**Figura 11- Distribuição dos estados das necessidades (CAN) na primeira e na segunda avaliação, na perspectiva dos doentes e dos terapeutas de referência**



As necessidades sem resposta, mais frequentes na primeira avaliação (tabela 54) nas duas perspectivas (perspectiva do doente vs perspectiva terapeuta referência), consistiram em: actividades diárias (31,5 % vs 40,7 %), contactos sociais (24,5 % vs 34,3 %), relacionamento sexual (17,2 % vs 19,8%), relações íntimas (17,1 % vs 20,2%), benefícios sociais (15,8 % vs 15,7%), sintomas psicóticos (15,7% vs 19,4%), sofrimento psicológico (14,8% vs 16,7 %), informação sobre a doença (10,3 % vs 8,3%) e gestão/problemas de dinheiro (9,3% vs 14%). Para todos estes últimos nove itens e na perspectiva dos doentes, a avaliação de necessidades, entre a primeira avaliação e a segunda avaliação, foi significativamente diferente, com excepção das relações íntimas, relacionamento sexual e da gestão/problemas de dinheiro (tabela 54).

**Tabela 54 – Diferenças entre a primeira e a segunda avaliação para itens / áreas de avaliação de necessidades sem resposta (perspectiva dos doentes)**

	Val	df	Sig.
Actividades diárias	16,419	3	0,001
Sintomas psicóticos	15,535	3	0,001
Informação doença	12,667	3	0,005
Sufrimento psicológico	13,810	3	0,003
Contactos sociais	7,959	3	0,047
Relações íntimas	1,478	3	0,687
Relacionamento sexual	6,378	3	0,095
Dinheiro	7,190	3	0,066
Benefícios sociais	7,959	3	0,047

$p \leq 0,05$

Na perspectiva dos terapeutas de referência e para esses nove itens, a avaliação de necessidades, entre a primeira avaliação e a segunda avaliação, foi significativamente diferente, com excepção das relações íntimas e do relacionamento sexual (tabela 55).

**Tabela 55 - Diferenças entre a primeira e a segunda avaliação para itens /áreas de avaliação de necessidades sem resposta (perspectiva dos terapeutas de referência)**

	Value	df	Sig.
Actividades diárias	16,319	3	0,001
Sintomas psicóticos	8,004	3	0,046
Informação doença	10,500	3	0,015
sofrimento psicológico	13,052	3	0,005
contactos sociais	8,893	3	0,031
relações íntimas	3,059	3	0,383
relacionamento sexual	5,171	3	0,160
Dinheiro	8,571	3	0,036
benefícios sociais	8,893	3	0,031

$p \leq 0,05$

**Tabela 56 - Necessidades na perspectiva do TR e do doente, na primeira e segunda avaliação (para os itens 1 a 11)**

CAN, Itens de 1 a 11		Sem necessidades relevantes		Necessidades cobertas ou parcialmente cobertas		Necessidades sem resposta	
		n (%)		n (%)		n (%)	
		Doente	TR	Doente	TR	Doente	TR
		U	T	U	TR		
1. Alojamento	1ª Avaliação	100 (92,6)	100 (94,3)	8 (7,4)	6 (5,7)	0 (%)	0 (%)
	2ª Avaliação	105 (97,2)	104 (98,1)	3 (2,8)	2 (1,9)	0	0
2. Alimentação	1ª Avaliação	89 (82,4)	81 (75,7)	17 (15,7)	23 (21,5)	2 (1,9)	3 (2,8)
	2ª Avaliação	96 (88,9)	91 (85)	11 (10,2)	14 (13,1)	1 (0,9)	2 (1,9)
3. Tarefas Domésticas	1ª Avaliação	63 (58,3)	53 (49,5)	43 (39,8)	50 (46,7)	2 (1,9)	4 (3,7)
	2ª Avaliação	80 (74,8)	74 (68,5)	27 (25,2)	31 (28,7)	0	3 (2,8)
4. Cuidados pessoais	1ª Avaliação	91 (84,3)	82 (75,9)	14 (13)	21 (19,4)	3 (2,8)	5 (4,6)
	2ª Avaliação	98 (90,7)	91 (84,3)	8 (7,4)	12 (11,1)	2 (1,9)	5 (4,6)
5. Actividades diárias	1ª Avaliação	48 (44,4)	37 (34,3)	26 (24,1)	27 (25)	34 (31,5)	44 (40,7)
	2ª Avaliação	65 (60,2)	49 (45,4)	24 (22,2)	35 (32,4)	19 (17,6)	24 (22,2)
6. Saúde física	1ª Avaliação	91 (84,3)	90 (84,1)	14 (13)	13 (12,1)	3 (2,8)	4 (3,7)
	2ª Avaliação	94 (87,0)	95 (88,0)	12 (11,1)	11 (10,2)	2 (1,9)	2 (1,9)
7. Sintomas psicóticos	1ª Avaliação	29 (26,9)	22 (20,4)	62 (57,4)	65 (60,2)	17 (15,7)	21 (19,4)
	2ª Avaliação	49 (45,4)	35 (32,4)	52 (48,1)	63 (58,3)	7 (6,5)	10 (9,8)
8. Informação doença	1ª Avaliação	66 (61,7)	62 (57,4)	30 (28)	37 (34,3)	11 (10,3)	9 (8,3)
	2ª Avaliação	85 (79,4)	79 (76,0)	21 (19,6)	24 (23,1)	1 (0,9)	1 (1,0)
9. Sofrimento psicológico	1ª Avaliação	51 (47,2)	40 (37)	41 (38)	50 (46,3)	16 (14,8)	18 (16,7)
	2ª Avaliação	65 (60,2)	57 (52,8)	40 (37,0)	43 (39,8)	3 (2,8)	8 (7,4)
10. Riscos para o próprio	1ª Avaliação	91 (84,3)	88 (81,5)	14 (13)	17 (15,7)	3 (2,8)	3 (2,8)
	2ª Avaliação	102 (94,4)	101 (93,5)	5 (4,6)	6 (5,6)	1 (0,9)	1 (0,9)
11. Riscos para os outros	1ª Avaliação	100 (92,6)	100 (92,6)	7 (6,5)	5 (4,6)	1 (0,9)	3 (2,8)
	2ª Avaliação	104 (96,3)	101 (93,5)	3 (2,8)	7 (6,5)	1 (0,9)	0 (0)



**Tabela 56 (continuação) - Necessidades, na perspectiva do TR e do doente, na primeira e segunda avaliação (para os itens 12 a 22)**

Can, itens de 12 a 22		Sem necessidades relevantes		Necessidades cobertas ou parcialmente cobertas		Necessidades sem resposta	
		n (%)		n (%)		n (%)	
		Doente	TR	Doente	TR	Doente	TR
12. Álcool	1ª Avaliação	97 (89,8)	93 (86,9)	10 (9,3)	13 (12,1)	1 (0,9)	1 (0,9)
	2ª Avaliação	103 (95,4)	99 (92,5)	4 (3,7)	6 (5,6)	1 (0,9)	2 (1,9)
13. Drogas	1ª Avaliação	103 (95,4)	101 (93,5)	4 (3,7)	4 (3,7)	1 (0,9)	3 (2,8)
	2ª Avaliação	102 (94,4)	100 (92,6)	4 (3,7)	5 (4,6)	2 (1,9)	3 (2,8)
14. Contactos sociais	1ª Avaliação	47 (44,3)	37 (34,3)	33 (31,1)	34 (31,5)	26 (24,5)	37 (34,3)
	2ª Avaliação	63 (58,3)	51 (47,2)	31 (28,7)	37 (34,3)	14 (13,0)	20 (18,5)
15. Relações íntimas	1ª Avaliação	72 (68,6)	67 (64,4)	15 (14,3)	16 (15,4)	18 (17,1)	21 (20,2)
	2ª Avaliação	79 (75,2)	69 (69,7)	13 (12,4)	15 (15,2)	13 (12,4)	15 (15,2)
16. Relacionamento sexual	1ª Avaliação	57 (65,5)	55 (60,4)	15 (17,2)	18 (19,8)	15 (17,2)	18 (19,8)
	2ª Avaliação	73 (80,2)	65 (76,5)	7 (7,7)	10 (11,8)	11 (12,1)	10 (11,8)
17. Cuidar dos filhos	1ª Avaliação	104 (96,3)	102 (94,4)	4 (3,7)	5 (4,6)	0 (0)	1 (0,9)
	2ª Avaliação	102 (96,2)	102 (95,3)	4 (3,8)	4 (3,7)	0 (0,0)	1 (0,9)
18. Educação básica	1ª Avaliação	101 (93,5)	99 (91,7)	4 (3,7)	5 (4,6)	3 (2,8)	4 (3,7)
	2ª Avaliação	101 (93,5)	102 (94,4)	5 (4,6)	3 (2,8)	2 (1,9)	3 (2,8)
19. Utilização do telefone	1ª Avaliação	107 (99,1)	107 (99,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,95)
	2ª Avaliação	108 (100)	107 (99,1)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
20. Utilização dos transportes	1ª Avaliação	103 (95,4)	101 (93,5)	3 (2,8)	4 (3,7)	2 (1,9)	3 (2,8)
	2ª Avaliação	105 (97,2)	103 (95,4)	2 (1,9)	3 (2,8)	1 (0,9)	2 (1,9)
21. Dinheiro	1ª Avaliação	77 (72)	70 (65,4)	20 (18,7)	22 (20,6)	10 (9,3)	15 (14)
	2ª Avaliação	89 (82,4)	83 (77,6)	14 (13,0)	18 (16,8)	5 (4,6)	6 (5,6)
22. Benefícios sociais	1ª Avaliação	73 (72,3)	70 (68,6)	12 (11,9)	16 (15,7)	16 (15,8)	16 (15,7)
	2ª Avaliação	88 (83,8)	87 (82,9)	14 (13,3)	13 (12,4)	3 (2,9)	5 (4,8)

Relativamente às correlações entre as necessidades individuais identificadas pelos doentes e TR, determinadas para cada item nas duas avaliações, os resultados encontrados (ver tabela 57) reflectem correlações altas e muito altas\* para a totalidade dos itens, nas duas avaliações.

**Tabela 57- Correlações entre as necessidades identificadas pelos doentes e pelos TR**

	Correlação Spearman * ** na 1ª Avaliação Doentes vs TR	Correlação Spearman* ** na 2ª Avaliação Doentes vs TR
1. Alojamento	0,88	0,81
2. Alimentação	0,73	0,84
3. Tarefas domésticas	0,78	0,84
4. Cuidados pessoais	0,77	0,75
5. Actividades diárias	0,84	0,78
6. Saúde física	0,87	0,88
7. Sintomas psicóticos	0,72	0,67
8. Informação doença	0,80	0,67
9. Sofrimento psicológico	0,84	0,85
10. Riscos para o próprio	0,90	0,92
11. Riscos para os outros	0,71	0,75
12. Álcool	0,87	0,79
13. Drogas (inc. medicamentos não prescritos)	0,84	0,87
14. Relações sociais	0,84	0,83
15. Relações íntimas	0,85	0,89
16. Relacionamento sexual	0,79	0,84
17. Cuidar dos filhos	0,87	0,88
18. Educação básica	0,89	0,92
19. Utilização do telefone	1	1
20. Utilização dos transportes	0,84	0,78
21. Dinheiro	0,87	0,83
22. Benefícios sociais	0,91	0,89

\* Para a análise dos coeficientes de correlação, adoptámos os princípios de Cohen & Holliday (1982) e Harris & Taylor (2004), considerando-os muito baixos, e provavelmente sem significado, se inferiores a 0.2, baixos, mas merecendo investigação, se entre 0.2 e 0.39, razoáveis/moderados se entre 0.4 e 0.6/0.69, altos se entre 0.6/0.7 e 0.8/0.89 e muito altos se entre 0.8/0.9 e 1.

\*\*  $p \leq 0,05$

#### **3.4.10. Escala de Avaliação das Incapacidades (WHO 1988, DAS - S)**

Na primeira avaliação, os doentes tiveram uma pontuação total média de incapacidade de 8,33, enquanto na segunda essa pontuação foi de 7,12, sendo a diferença estatisticamente significativa,  $t$  Student (108)=2,992,  $p=0,003$ .

**Tabela 58 – Avaliação das incapacidades na primeira e na segunda avaliação**

	1ª Aval.		2ª Aval.		Sig
	M	Dp	M	Dp	
Cuidados pessoais	1,25	1,49	1,18	1,53	0,556
Ocupação	2,35	1,48	1,96	1,31	0,003 *
Família e lar	2,19	1,32	1,93	1,28	0,015 *
Contexto social amplo	2,56	1,17	2,09	1,18	0,000 *
Total Incapacidade	8,33	4,16	7,12	4,31	0,003 *

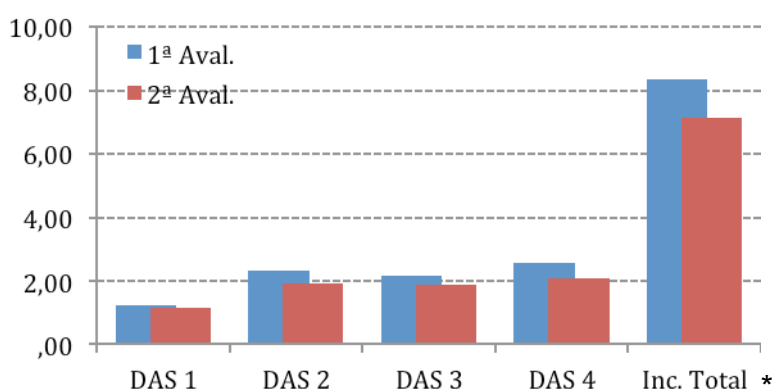
\*  $p \leq 0,05$

Considerando os quatro domínios (tabela 58 e figura 11), apenas no domínio DAS 1 (cuidados pessoais) as diferenças entre as duas avaliações não foram estatisticamente significativas.

Relativamente ao domínio DAS 2 (ocupação), a diferença foi estatisticamente significativa (Mann-Whitney,  $Z=-2,929$ ,  $p=0,003$ ), com diminuição do valor médio da incapacidade, de 2,35 para 1,96.

No domínio DAS 3 (família e lar), a evolução foi igualmente favorável e significativa (Mann-Whitney,  $Z=-2,440$ ,  $p=0,015$ ) com diminuição do valor médio de incapacidade, de 2,19 para 1,93.

No domínio DAS 4 (*contexto social amplo*), a evolução foi estatisticamente significativa (Mann-Whitney,  $Z=-3,496$ ,  $p=0,001$ ) com diminuição do valor médio de incapacidade de 2,56 para 2,09. A maior redução da incapacidade surgiu neste último domínio, com a diferença de 0,47, para os valores médios, entre as duas avaliações.

**Figura 12 - Avaliação de incapacidade (DAS): diferença entre avaliações**

(DAS 1- Cuidados Pessoais, DAS 2 – Ocupação, DAS 3 –Família e Lar, DAS 4 – Contexto Social )

\* a pontuação máxima de incapacidade total é de 20 (4x5), mas para a média dos resultados apurados o gráfico apresenta valores entre 0 e 10

### 3.4.11. Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS)

Em relação ao funcionamento social e ocupacional, verificou-se uma melhoria significativa da primeira para a segunda avaliação,  $t$  Student (106) = -8,352,  $p=0,001$  (tabela 59).

**Tabela 59 – Evolução do funcionamento social e ocupacional**

	1ª Aval.		2ª Aval.		Sig
	M	Dp	M	Dp	
Funcionamento	54,83	14,50	65,11	15,36	0,001 *

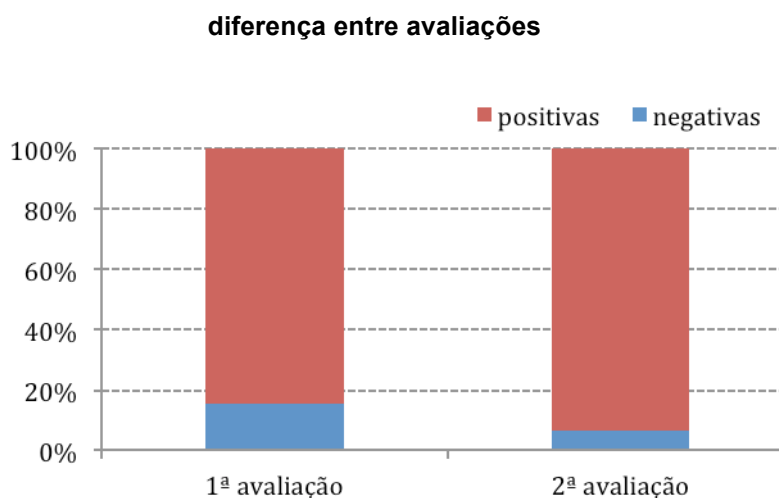
\*  $p \leq 0,05$

### 3.4.12. Inventário de atitudes em relação à medicação (DAI)

Na análise estatística da pontuação total do DAI, verificou-se uma média de 15,97 na primeira avaliação e de 15,91 na segunda avaliação, não sendo, no entanto, a diferença de médias estatisticamente significativa,  $t$  Student (106)=0,401,  $p=0,690$ . A pontuação deste instrumento varia entre 10 e o valor máximo de 20.

Quando analisámos a proporção de atitudes negativas (15,7%) e positivas (84,3%), em relação à medicação (figura 13), na primeira e na segunda avaliação constatámos uma redução de atitudes negativas (6,5%) e um aumento de positivas (93,5%), sendo a diferença/evolução de proporções estatisticamente significativa ( $\chi^2$  McNemar,  $p=0,021$ ).

**Figura 13- Atitudes positivas e negativas em relação à medicação (DAI):**



Como informação adicional, apresentamos os resultados obtidos no questionário sobre a “adesão subjectiva à medicação” (tabela 60).

**Tabela 60 - Adesão subjectiva à medicação psicofarmacológica**

	Frequência e %
Adesão * subjectiva à medicação na segunda avaliação	Não adere: 2 (1,4 %) Adere parcialmente: 15 (10,3%) Adere: 92 (63%)
O doente interrompeu ou suspendeu a medicação nos 12 meses de anteriores ao início do programa?	Sim: 48 (44,03%) Não: 61 (55,97%)
O doente interrompeu ou suspendeu a medicação nos 12 meses de participação no programa ?	Sim: 17 (15,60 %) Não: 92 (84,40 %)

\* Considerou-se que não aderiu quando a percentagem de uso da medicação, referida pelo doente, foi de 0 a 25% do tempo; aderiu parcialmente quando a mesma foi de 25 a 75% e aderiu quando a percentagem correspondeu a mais de 75 % tempo (75 a 100%).

### 3.4.13. Escala de Avaliação do *Insight* (SAI)

Para um nível de significância  $\leq 0,05$ , a diferença entre as médias da pontuação da escala SAI, entre as duas avaliações, não foi estatisticamente significativa (9,23 vs 8,76), t Student (107) = -1,773,  $p=0,079$  (tabela 61).

**Tabela 61– Evolução do *Insight***

	1ª avaliação		2ª avaliação		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
SAI	8,76	2,54	9,23	3,57	0,079 *

•  $p \leq 0,05$

### 3.4.14. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-B)

Constatámos uma evolução favorável e estatisticamente significativa para a qualidade de vida global e para os quatro domínios desta escala (tabela 62 e figura 14).

**Tabela 62– Evolução da qualidade de vida**

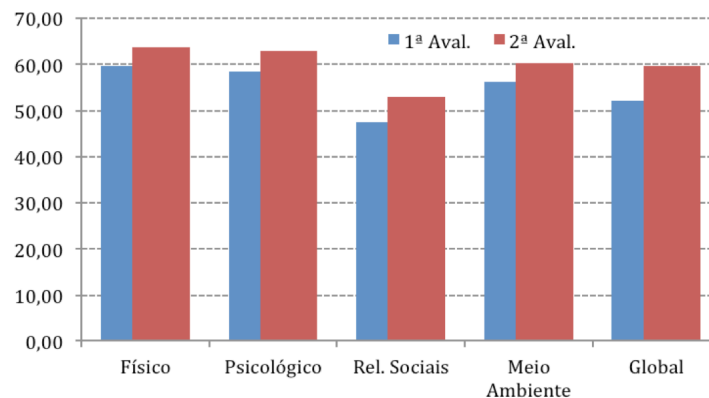
	1ª Aval.		2ª Aval.		Sig
	M	Dp	M	Dp	
Físico	59,65	18,44	63,72	15,35	,023 *
Psicológico	58,44	19,63	62,88	16,07	,016 *
Relac. Social	47,53	21,71	53,00	18,59	,016 *
Ambiente	56,19	15,47	60,35	13,70	,002 *
WHOQOL global	52,08	19,81	59,60	19,30	0,001 *

\*  $p \leq 0,05$

Em relação à qualidade de vida global verificou-se uma melhoria significativa (59,60 vs 52,08),  $t$  Student (107) = -3,895,  $p=0,001$ .

Esta evolução favorável e estatisticamente significativa foi confirmada para os quatro domínios da escala: domínio físico (63,72 vs 59,65),  $t$  (107) = -2,312,  $p=0,023$ ; domínio psicológico (62,88 vs 58,44),  $t$  (107) = -2,457,  $p=0,016$ ; domínio social (53,00 vs 47,53),  $t$  (107) = -2,450,  $p=0,016$ ; domínio ambiente (60,35 vs 56,19),  $t$  (107) = -3,181,  $p=0,002$ .

**Figura 14 - Avaliação da Qualidade Vida (WHOQOL): diferença entre avaliações**



### 3.4.15. Questionário de Percepção de Cuidados e Satisfação (PoCs)

Obteve-se uma melhoria na avaliação e satisfação global, com os cuidados recebidos, na opinião dos doentes (7,27 vs 9,20),  $t$  Student (107)=- 13,584,  $p=0,001$ , para uma pontuação em que o valor mínimo corresponde a zero e o máximo a 10.

**Tabela 63 - Percepção e satisfação global: diferença entre as avaliações**

	1ª Aval.		2ª Aval.		Sig
	M	Dp	M	Dp	
PoCs total	7,27	1,212	9,20	0,894	0,001 *

\*  $p \leq 0,05$

Na avaliação da percepção de cuidados, podem ser consideradas subescalas com os seguintes valores médios <sup>43</sup> obtidos na primeira e na segunda avaliação:

- Acessibilidade e disponibilidade dos terapeutas (61,11 % vs 67,82)
- Continuidade dos cuidados (84,26 % vs 89,95%)
- Comunicação com terapeutas e informação recebida (79,78% vs 84,03%)

Para a pontuação obtida nestas subescalas as diferenças entre a primeira e a segunda avaliação foram estatisticamente significativas (tabela 64).

**Tabela 64 – Subescalas da Percepção de Cuidados e Satisfação**

	1ª avaliação		2ª avaliação		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Acessibilidade	61,11	22,17	67,82	22,81	0,006
Comunicação	79,78	14,82	84,03	13,63	0,012
Continuidade	84,26	19,62	89,95	16,02	0,007

$p \leq 0,05$

### **3.5. Comparação dos resultados dos doentes com esquizofrenia vs doentes com perturbação esquizoafectiva**

Como resultados complementares ao componente B do estudo, apresentamos dados da caracterização sociodemográfica, referentes aos doentes com o diagnóstico de esquizofrenia e de perturbação esquizoafectiva, seguidos da comparação dos resultados obtidos com os instrumentos de avaliação para esses dois grupos de doentes.

#### **a) Comparação das características sociodemográficas dos doentes com esquizofrenia vs perturbação esquizoafectiva**

**As características sociodemográficas dos doentes diagnosticados com esquizofrenia** (tabela 65) revelaram uma predominância de doentes do género masculino (67,8%), do escalão etário 31-40 anos (47,1%), solteiros (86,2%), habilitações académicas ao nível do segundo ciclo (49,4%), sem actividade profissional (40,2%), e que viviam com os pais (66,7%).

<sup>43</sup> A pontuação, para as subescalas do Questionário de Percepção de Cuidados e Satisfação, varia entre 0 e 100. Os resultados das subescalas também podem ser apresentados em valores percentuais, correspondendo 100% à pontuação de 100.

**Tabela 65 - Caracterização sociodemográfica ( doentes com esquizofrenia)**

Variáveis		N	%
<b>Género</b>	Masculino	59	67,8
	Feminino	28	32,2
<b>Idade</b>	< 20 anos	2	2,3
	21-30	22	25,3
	31-40	41	47,1
	41-50	19	21,8
	> 50 anos	3	3,4
<b>Nacionalidade</b>	Angolana	2	2,3
	Caboverdiana	1	1,1
	Holandesa	1	1,1
	Portuguesa	83	95,4
<b>Estado civil</b>	Casado	5	5,7
	Divorciado	7	8,0
	Solteiro	75	86,2
<b>Habilitações</b>	1º ciclo	11	12,6
	2º ciclo	43	49,4
	3º ciclo	16	18,4
	Curso técnico	2	2,3
	Licenciatura ou Bacharelato	9	10,3
	Licenciatura incompleta	6	6,9
<b>Situação profissional</b>	Emprego a tempo completo	9	10,3
	Emprego a tempo parcial	5	5,7
	Desempregado	16	18,4
	Sem actividade profissional	35	40,2
	Estudante	3	3,4
	Reformado	18	20,7
<b>Vive</b>	Sózinho	12	13,8
	Casado/união facto	5	5,7
	Pais	58	66,7
	Irmãos	6	6,9
	Outro familiar	1	1,1
	Amigo	1	1,1
	Outros	4	4,6



**As características sociodemográficas dos doentes diagnosticados com perturbação esquizoaffectiva** (tabela 66), evidenciaram uma maioria de doentes do género masculino (57,1%), do escalão etário 41-50 anos (42,9%), solteiros (71,4%), habilitações académicas ao nível do segundo ciclo (33,3%), sem actividade profissional ou reformados (28,6%), e que viviam sózinhos (38,1%) ou com os pais (38,1%).

**Tabela 66 – Caracterização sociodemográfica (doentes com perturbação esquizoaffectiva)**

Variáveis		N	%
<b>Género</b>	Masculino	12	57,1
	Feminino	9	42,9
<b>Idade</b>	21-30	3	14,3
	31-40	7	33,3
	41-50	9	42,9
	> 50 anos	2	9,5
<b>Nacionalidade</b>	Brasileira	1	4,8
	Portuguesa	20	95,2
<b>Estado civil</b>	Casado	1	4,8
	Separado	1	4,8
	Divorciado	4	19,0
	Solteiro	15	71,4
<b>Habilitações</b>	1º ciclo	2	9,5
	2º ciclo	7	33,3
	3º ciclo	1	4,8
	Curso técnico	2	9,5
	Licenciatura ou Bacharelato	6	28,6
	Lic. incompleta	3	14,3
<b>Situação profissional</b>	Emp. a tempo completo	2	9,5
	Emp. tempo parcial	3	14,3
	Desempregado	4	19,0
	Sem actividade profissional	6	28,6
	Reformado	6	28,6
<b>Vive</b>	Sózinho	8	38,1
	Casado/união facto	1	4,8
	Pais	8	38,1
	Amigo	1	4,8
	Outro familiar	1	4,8
	Outros	1	4,8

**Na comparação dos dados sociodemográficos entre os dois grupos** devemos considerar as diferenças no número de doentes para os dois diagnósticos (87 doentes com esquizofrenia e 21 com perturbação esquizoafectiva), com implicações nas posteriores inferências.

Os doentes com perturbação esquizofrénica viviam mais com os pais (66,7% vs 38,1%), tinham uma menor percentagem de pessoas com emprego (16% vs 23,8 %) e tinham uma maior percentagem de solteiros (86,2 % vs 71,4%), apesar de em ambos os grupos esta percentagem ser elevada.

Os doentes com perturbação esquizoafectiva apresentaram melhores níveis de habilitações literárias e as diferenças foram mais acentuadas no número de doentes que obtiveram uma licenciatura ou bacharelato (28,6 % dos doentes com perturbação esquizoafectiva vs 10,3 % dos que têm esquizofrenia).

Existem diferenças no número de doentes e nas características sociodemográficas entre os dois grupos e essas limitações devem ser consideradas nas posteriores comparações.

#### **b) Comparação dos dois grupos: doentes com esquizofrenia vs doentes com perturbação esquizoafectiva**

Da comparação dos resultados obtidos com os instrumentos de avaliação, entre os dois grupos e na primeira avaliação, salientamos as seguintes diferenças (tabela 67):

- Na subescala para os sintomas positivos da BPRS (BPRS pos), o grupo com o diagnóstico de esquizofrenia teve valores mais elevados (1,85 vs 1,39),  $t(106)=1,944$ ,  $p=0,054$ , mas esta diferença não é significativa ( $p \geq 0,05$ );
- Na subescala para os sintomas negativos da BPRS (BPRS neg), o grupo com o diagnóstico de esquizofrenia teve valores significativamente mais elevados (2,21 vs 1,67),  $t(106) = 2,315$ ,  $p=0,023$ ;

- Na subescala para sintomas de mania/agitação (BPRS Mania), o grupo com o diagnóstico de esquizofrenia teve valores mais elevados (1,49 vs 1,21),  $t(106) = 1,921$ ,  $p=0,057$ , mas se considerarmos o  $p \leq 0,05$ , como foi assumido neste estudo, esta diferença não é significativa.

**Tabela 67– Comparação na primeira avaliação**

	Esquizofrenia		Esquizapectiva		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
DAI	3,82	4,80	5,30	5,40	0,226
MADRS	15,46	9,79	17,00	11,70	0,536
WHOQOL total	51,72	20,19	53,57	18,60	0,703
WHOQOL físico	59,56	18,48	60,03	18,75	0,917
WHOQOL psicológico	59,72	18,55	53,17	23,34	0,171
WHOQOL social	47,99	22,98	45,63	15,73	0,580
WHOQOL ambiente	55,89	15,69	57,44	14,87	0,682
BPRS total	1,85	0,62	1,61	0,58	0,116
SAI	8,46	2,98	8,76	2,55	0,670
BPRS positivos	1,85	0,99	1,39	0,87	0,054
<b>BPRS negativos</b>	<b>2,21</b>	<b>0,99</b>	<b>1,67</b>	<b>0,82</b>	<b>0,023 *</b>
BPRS mania	1,49	0,61	1,21	0,44	0,057
DAS	8,56	4,21	7,62	3,87	0,352
SOFAS	53,97	14,80	58,10	13,27	0,245

\*  $p \leq 0,05$

A comparação entre os dois grupos, na segunda avaliação (tabela 68), revelou as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

- Na subescala para os sintomas positivos (BPRS pos), o grupo com o diagnóstico de esquizofrenia teve valores significativamente mais elevados (1,59 vs 1,31),  $t(106) = 2,220$ ,  $p=0,031$ .

- Na subescala para sintomas negativos (BPRS neg), o grupo com o diagnóstico de esquizofrenia teve valores significativamente mais elevados (1,96 vs 1,59),  $t(106) = 2,094$ ,  $p=0,039$ .

-Na avaliação do funcionamento social e ocupacional (SOFAS), o grupo com o diagnóstico de perturbação esquizapectiva, teve valores significativamente mais elevados (71,76 vs 64,25),  $t(106) = -2,233$ ,  $p=0,028$ .

**Tabela 68 – Comparação na segunda avaliação**

	Esquizofrenia		Esquizoafectiva		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
DAI	5,98	3,75	5,62	3,98	0,699
MADRS	11,03	6,64	11,38	11,68	0,897
WHOQOL total	58,33	19,59	64,88	17,51	0,164
WHOQOL físico	62,60	15,54	68,37	13,98	0,123
WHOQ psicológico	62,36	15,53	65,08	18,42	0,489
WHOQOL social	52,59	18,91	54,76	17,59	0,633
WHOQ ambiente	59,38	13,93	64,43	12,24	0,130
BPRS total	1,56	0,47	1,38	0,35	0,103
SAI	8,97	3,17	9,24	3,58	0,731
<b>BPRS positivos</b>	<b>1,59</b>	<b>0,75</b>	<b>1,31</b>	<b>0,46</b>	<b>0,031 *</b>
<b>BPRS negativos</b>	<b>1,96</b>	<b>0,76</b>	<b>1,59</b>	<b>0,58</b>	<b>0,039 *</b>
BPRS mania	1,31	0,45	1,15	0,24	0,116
DAS	7,21	4,17	7,10	4,80	0,915
<b>SOFAS</b>	<b>64,25</b>	<b>13,89</b>	<b>71,76</b>	<b>13,53</b>	<b>0,028 *</b>

\*  $p \leq 0,05$

# **Parte II**

## **Capítulo 4**

### **Discussão**

Neste capítulo consideraremos os seguintes pontos: discussão dos resultados principais e relação destes com os objectivos gerais da investigação; resultados para as hipóteses do estudo e enquadramento destes na literatura; particularidades dos resultados. Posteriormente, apresentaremos as limitações do estudo, as “barreiras” à exequibilidade, os pontos fortes e os contributos do estudo.

#### **4.1. Resultados principais e objectivos gerais**

**Na interpretação dos dados sociodemográficos, verificámos que a amostra de doentes, no momento inicial** do estudo, era relativamente típica do universo de pessoas com estes diagnósticos, seguida em ambulatório, nos serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal (Gonçalves-Pereira, 1997 e 2008, Xavier M., 1999). Dizemos relativamente, porque na distribuição por géneros (66% do sexo masculino e 34% sexo feminino) ocorreu um aumento relativo de doentes do sexo feminino, em vez da relação mais comum, nos estudos nacionais, de 75% do sexo masculino para 25% do sexo feminino. As restantes características dominantes são as habituais, com média de idade de trinta e seis anos, na maioria solteiros, com sete a dez anos de escolaridade, sem filhos, a viver com os pais e sem actividade profissional.

Em relação ao diagnóstico, 79,5% dos doentes tinham o diagnóstico de esquizofrenia, sendo o subtipo paranóide o mais frequente, e 20,5% da amostra tinham o diagnóstico de perturbação esquizoafectiva. Para o total da amostra, e para a duração da doença, apurámos uma mediana de onze anos, que consideramos apreciável e a ter em conta. A idade média de início da doença apresentou uma mediana de vinte e três anos, não muito diferente do habitual.

Do total de 146 doentes que iniciaram o estudo, 108 completaram a segunda avaliação. No entanto, dos doentes que não fizeram a segunda avaliação, 12 continuaram a ser seguidos no programa. Assim, 82% (120) dos doentes mantiveram a adesão ao Programa Integrar, para o período de intervenção de um ano, o que significa que 26 (18%) dos doentes abandonaram o seguimento no programa.

De acordo com Mueser e Drake (2011) <sup>44</sup>, como regra, para programas com estas características, obter 82% de adesão à continuidade de seguimento é um bom resultado.

A comparação com outros programas integrados é dificultada pela diversidade de características que apresentam mas, considerando estudos anteriormente referidos, verifica-se que a adesão encontrada não difere muito da encontrada em programas semelhantes. Assim, no *Optimal Care Project* (Falloon, 1998, 1999 e 2004) os abandonos (*drop-outs*) corresponderam a 11%, e no Insight Study (Turkington, 2002) ocorreram 12,5% de abandonos. No estudo UK700 (Burns, 1999), que comparou o modelo intervenção intensiva com o modelo mais convencional de *case management*, verificaram-se 14% de abandonos ao estudo.

O facto de **82 % dos doentes terem mantido a continuidade de seguimento, pelo menos durante um ano, no Programa Integrar** tem particular importância se compararmos, mesmo que indirectamente, com os dados de outros estudos nacionais.

Nos estudos realizados no âmbito do PNSM em 2007, nomeadamente nas vias de acesso ao serviço de urgência, verificou-se que um terço dos doentes com seguimento em consultas de psiquiatria, que foram ao serviço de urgência, não tinham tido consultas nos últimos doze meses, e que 82% dos reinternamentos tinham ocorrido sem que os doentes tenham sido reavaliados em consulta, entre os episódios de internamento. Estes e outros dados, obtidos nesses estudos, foram indicativos de problemas graves na acessibilidade aos serviços e na continuidade de cuidados.

Outro estudo nacional (Carreiro S. e Martins R., 2007), que foi efectuado no mesmo serviço onde foi realizada a investigação do Programa Integrar, apresentou um elevado número de abandonos. Através de um estudo retrospectivo de oito anos, em doentes com primeiros episódios psicóticos, estes investigadores verificaram que só 20% dos doentes que tinham tido alta do internamento permaneciam em seguimento nas consultas. Os resultados do estudo anterior foram determinados para um grupo de doentes diferente da população alvo deste estudo, mas reflectem de forma indirecta, problemas na continuidade de cuidados, em particular para os doentes mais jovens.

---

<sup>44</sup> Mueser e Drake (2011) referem, como regra geral, para programas com estas características: abandonos superiores a 30 % como problemáticos, entre 20 e 30 % como aceitáveis e bons com valores inferiores a 20%. Acrescentam que será importante, para além desta consideração geral, analisar as características dos programas, por e.g. se a abordagem é mais ou menos assertiva, se há maior ou menor exigência nas intervenções, etc.

Com os meios disponíveis (informáticos e por consulta dos processos clínicos), não conseguimos obter o número de abandonos ao seguimento pelas equipas comunitárias do DPSM do CHLO, nos anos anteriores ao programa, e por esse motivo não foi possível a comparação com dados mais recentes deste serviço.

Nos resultados do Programa Integrar foram, de igual modo, determinadas as **características sociodemográficas do grupo que abandonou a investigação**. Nesse grupo havia uma proporção de abandonos igual para os dois sexos e sem grande diferença nas restantes características, comparativamente à amostra inicial. De notar que, na proporção relativa, face à amostra inicial, a taxa de abandonos foi mais elevada nos doentes com idade superior a 50 anos (de oito doentes abandonaram três). Os números são muitos reduzidos, sem significado estatístico, mas levantam a questão, a esclarecer em futuros estudos, de se saber se esses doentes terão mais dificuldade, menos capacidade ou menor motivação para aderir ao programa.

Considerando os **dois objectivos gerais** podemos concluir que, no decurso da investigação e do programa, ambos foram alcançados.

Em relação ao primeiro objectivo geral, **confirmou-se a exequibilidade do programa de cuidados integrados (Programa Integrar)** para pessoas com esquizofrenia e perturbação esquizoafectiva, no contexto clínico das equipas de saúde mental comunitárias de um serviço de psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde (DPSM-CHLO), com os recursos materiais e humanos existentes.

A exequibilidade manteve-se ao longo do tempo, os terapeutas de referência continuaram a exercer as suas funções e o número de doentes incluídos no Programa Integrar aumentou progressivamente. Assim, também podemos afirmar que se **realizou o início do processo de implementação desse programa**, numa perspectiva de continuidade do mesmo.

Este programa não implicou aumento dos recursos humanos nas equipas, nem financiamento adicional, condições das quais já tínhamos conhecimento prévio no início do mesmo.

Nessa sequência, a grande aposta consistiu na **formação, no envolvimento pessoal e na motivação dos profissionais do DPSM do CHLO, assim como na adaptação, à nossa realidade, de estratégias já testadas em programas similares, a nível internacional**, com intervenções baseadas na evidência científica.



O *Optimal Treatment Project* (Falloon, 1998, 1999 e 2004), para doentes com diagnósticos semelhantes, desenvolvido em mais de oitenta centros, em vinte países, com diferenças culturais, de recursos e de organização dos serviços de saúde mental, foi um projecto em que igualmente não houve atribuição de recursos adicionais nos centros envolvidos. As prioridades consistiram na formação, no treino, na supervisão dos profissionais e na introdução de novas práticas e intervenções.

No Programa Integrar, tal como aconteceu com a investigação multicêntrica de Falloon, foram associadas intervenções psicossociais ao tratamento psicofarmacológico, e as intervenções seleccionadas foram aplicadas na prática clínica.

Para facilitar a realização dessas intervenções, foi aplicado o **modelo de case management**, de origem anglo saxónica, mas actualmente aplicado em muitos outros contextos socioculturais, como em Itália (Fioritti, 2002) ou, mais recentemente, em Espanha (Alonso Suarez, 2011), com resultados favoráveis em ambos os casos.

No Programa Integrar, para aplicar o modelo clínico de *case management*, e face a um número limitado de recursos humanos, foi necessário seleccionar um grupo de doentes, sem ultrapassar os *case loads* (número de doentes por TR) máximos recomendados (20) e sem comprometer a qualidade da intervenção. Estruturar planos individuais de cuidados, maximizar a intervenção com a participação da família e com o trabalho em equipa, bem como mobilizar outras respostas e recursos, foram outras das estratégias utilizadas.

Na adaptação do modelo de *intensive case management* a diferentes culturas, foi realizado um estudo, por Fioritti e Burns (2002), que comparou dados obtidos na aplicação deste modelo, em equipas de saúde mental comunitárias, em Londres e em Bolonha.

Estes autores salientam as limitações destas comparações, quando as condições iniciais são diferentes, incluindo os sistemas de saúde e as características sociodemográficas, mas referem que o modelo foi aplicado com sucesso em ambos os locais.

Em Londres, a maioria dos doentes vivia sózinho (61,2%), enquanto em Bolonha essa situação se verificava apenas em 32,8% dos casos, sendo que a maioria residia com a família, situação comum nos países do sul da Europa, tal como se verificou no nosso estudo, no qual 63% dos doentes vivia com a família e apenas 20,5 % residia sózinho.

Apesar do maior suporte familiar, quando os doentes tiveram necessidade de serem hospitalizados, a média de dias de internamento foi muito superior em Bolonha (32 dias) em relação a Londres, onde foi de 15,5 dias. No estudo que realizámos, a média de dias de internamento foi de 39 dias no ano que precedeu o programa, e de 37 dias no ano em que decorreu o programa.

Os autores desses estudos admitem, como possíveis explicações para estas diferenças, hipóteses que não foram confirmadas, mas que fazem algum sentido para a nossa realidade.

- Em Bolonha, a família que representa o principal suporte para o doente e que participa activamente no seu tratamento, foi um elemento que foi tomado em devida conta no momento da alta, para além do próprio doente, e procurou-se que esta só ocorresse após uma significativa recuperação da fase aguda da doença;

- Em Londres, a alta hospitalar dependeu mais da situação clínica do doente e da decisão dos psiquiatras. Muitos destes doentes, após a alta, são encaminhados para residências protegidas onde continuam a ter o apoio de profissionais, e se necessário de equipas móveis de intervenção na crise, estas últimas frequentes em Inglaterra mas não em Itália, e inexistentes no nosso país, tanto quanto sabemos.

- Outro achado consiste na diferença verificada na empregabilidade. Em Londres 10% dos doentes da amostra em estudo estavam empregados, enquanto que em Bolonha, essa situação acontecia com 31% dos doentes. Admitimos que a existência de mais empresas de inserção social em Itália, bem como um menor isolamento dos doentes, possa ter contribuído para essa diferença. Comparativamente, na investigação do Programa Integrar, na amostra inicial, 15,7% dos doentes tinham emprego, tendo este número aumentado para 26,9% após um ano de programa.

Numa comparação, efectuada por Tom Burns (2001), sobre o estudo dos modelos de *case management* na Europa (tabela 4 do capítulo 3), este autor constata que, na maioria das investigações, os resultados são piores no Reino Unido, mormente na comparação do modelo convencional com o modelo de intervenção intensiva (e.g. estudos UK700 e Prism Study, já referidos) apesar deste modelo e o conceito serem de origem anglo-saxónica. O estudo de Holloway (1998) é uma das excepções, tendo o modelo de intervenção intensiva apresentado vantagens na continuidade de cuidados e na melhoria da qualidade de vida e da satisfação.

Noutros países europeus, os resultados foram diferentes e mais favoráveis. O estudo de Fioritti (2003), efectuada em Itália, comparou o modelo convencional de *case management* com o modelo de intervenção intensiva, e mostrou que o grupo que recebeu esta última intervenção teve menos internamentos, melhoria dos sintomas e do funcionamento social. Outros exemplos verificaram-se na Alemanha (Rossler, 1992 e 1995) e na Suécia (Aberg-Wistedt, 1995 e Bjorkman, 2000), com vantagens para o modelo de intervenção intensiva, mas em variáveis diferentes.

À semelhança de alguns autores, admitimos que, em Inglaterra, a evolução do modelo de *case management* e das respostas na comunidade fizeram com que o dito modelo convencional já tenha qualidade suficiente, e que a partir deste nível será mais difícil encontrar diferenças significativas na aplicação de novas intervenções. O termo de “*ceiling effect*” também tem sido utilizado para caracterizar esta situação (Sands, 1994).

Em Portugal acontece exactamente o oposto, e, quando aplicámos o modelo de *case management* no SNS, como uma nova intervenção, no âmbito do Programa Integrar, as potencialidades do mesmo puderam evidenciar-se, como sucedeu através do impacto do programa e dos seus resultados.

Concluindo a interpretação dos principais resultados, face ao primeiro objectivo geral do estudo, podemos completar a fórmula de Robert Drake (2005) apresentada na metodologia da dissertação, sobre a exequibilidade e o processo de implementação de práticas baseadas na evidência, da seguinte forma:

**Exequibilidade = f (aptidões e conhecimentos x motivação x oportunidade para a acção )**

**Σ Exequibilidade x intervenções x tempo + supervisão e formação = implementação**

( Gago J. 2012, adaptado de Drake R., 2005)

As duas fórmulas apresentadas não têm qualquer função matemática ou de cálculo, mas apenas simbólica, de forma a salientar alguns **factores que admitimos, hipoteticamente, terem sido importantes na exequibilidade** e que se verificaram neste programa:

- A formação e a qualidade dos terapeutas de referência (TR);
- A motivação e o empenho dos profissionais;
- As circunstâncias e a oportunidade para a acção.

O investimento num processo de **formação** intenso e continuado, já anteriormente descrito, associado a um conjunto de quinze TR experientes, com uma média de dezasseis anos de prática clínica, na área de saúde mental, a maioria a lidar com doença mental grave e a trabalhar em equipas de saúde mental comunitárias há vários anos, constituíram, muito provavelmente, factores favorecedores da exequibilidade do programa.

Como refere Tom Burns (2004), **a qualidade e diferenciação dos TR, a suas motivações, bem como as características pessoais dos mesmos**, podem marcar a diferença, independentemente da organização da própria equipa e dos modelos utilizados.

As circunstâncias no DPSM do CHLO, o apoio e a participação activa da direcção do DPSM, o recente Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), o Plano Estratégico do Departamento e uma atitude cooperante dos coordenadores das cinco ESMC, criaram a **oportunidade para a acção**.

Estamos cientes que a complexidade e multiplicidade de factores eventualmente envolvidos nos resultados da exequibilidade e da implementação não se reduzem aos apresentados, mas estes últimos foram seguramente importantes.

O **segundo objectivo geral foi também concretizado e consistiu na avaliação do impacto do programa de cuidados integrados** (Programa Integrar) nos doentes em seguimento e na respectiva prestação de cuidados de saúde mental.

Esse impacto foi determinado através de indicadores de utilização dos cuidados, clínicos e psicossociais e através da comparação dos resultados obtidos com os instrumentos de avaliação, antes do início do programa e após um ano de intervenção, para cada doente, com esse mesmo programa.

Os principais resultados, obtidos na concretização deste segundo objectivo, discutidos mais em pormenor no ponto seguinte, consistiram: na diminuição do número e duração dos internamentos, na diminuição das recaídas, na diminuição das necessidades sem resposta, na melhoria do estado clínico, do funcionamento social, da satisfação e da qualidade de vida.

#### **4.2. Resultados para as hipóteses do estudo e enquadramento na literatura**

Na discussão dos resultados, para as hipóteses consideradas no estudo, serão apresentadas, em primeiro lugar, as referentes ao componente A da investigação, seguido das estabelecidas para o componente B. Por uma questão prática, para o leitor, serão indicadas as hipóteses e de seguida comentadas:

##### **Componente A: Exequibilidade e Implementação Inicial do Programa Integrar**

Hipótese A1: O programa de cuidados integrados será exequível nas equipas de saúde mental comunitárias de um departamento de psiquiatria do SNS, com os recursos materiais e humanos existentes.
--

**A hipótese confirmou-se, para a totalidade das cinco equipas de saúde mental comunitárias** do DPSM do CHLO, com os recursos existentes, mas implicou capacidade de adaptação, tarefas adicionais e flexibilidade dos profissionais.

Os TR mantiveram as tarefas de base que tinham nas equipas e no resto do departamento, tarefas essas inerentes ao respectivo grupo profissional. Por exemplo, os enfermeiros continuaram a efectuar administração de terapêutica para a globalidade dos doentes, incluindo injectáveis de acção prolongada, entre outras múltiplas tarefas e os técnicos superiores do serviço social continuaram inseridos na escala de urgência social do serviço de urgência hospitalar e a realizar as restantes avaliações e intervenções sociais.

Este esclarecimento é importante, porque em muito estudos, quando há referência ao *caseload* (número de doentes por TR), considera-se que a actividade dos TR é exercida a tempo completo e para o modelo clínico de *case management* esse números varia entre 20 e 40 (Burns, 2004; Alonso-Suarez, 2011).

Tivemos de fazer adaptações à nossa realidade tendo efectuado alguns reajustamentos. Um dos que ocorreu teve a ver com o número de casos atribuídos aos enfermeiros que, face ao excesso de trabalho, passaram a ter como objectivo um *caseload* mais baixo e próximo do mínimo estabelecido de cinco (parâmetros gerais definidos: número máximo de 20 doentes e mínimo de 5).

Os resultados foram concordantes com o pretendido, com um número médio de doentes por TR de 9,7, não tendo sido ultrapassado o valor máximo nem o valor mínimo estabelecidos.

Hipótese A2: uma maioria, muito significativa ( $\geq 75\%$ ), dos profissionais seleccionados irão participar na formação do programa e exercerão as funções de TR.

**Todos os profissionais seleccionados concluíram a formação e vieram a exercer as funções de TR** (15 no total e 3 por equipa), o que ultrapassou, claramente, o objectivo estipulado.

A única mudança que ocorreu, no decurso do programa, foi a saída de uma terapeuta de referência da equipa de Cascais, que foi substituída por outra técnica superior do serviço social, que tinha igualmente participado nas formações do Programa Integrar.

As características dos TR, na sua maioria, com muitos anos de experiência clínica nas equipas comunitárias e de trabalho com DMG, juntamente com a respectiva motivação e empenho na valorização profissional, podem ter contribuído para esta adesão.

Para as infindáveis questões dos recursos humanos, remetemos para a capítulo da metodologia, onde estão indicados os recursos humanos disponíveis no DPSM do CHLO, quando o Programa Integrar foi iniciado.

Hipótese A3: Os TR vão realizar as intervenções incluídas no programa, bem como o número de sessões previstas, para uma maioria significativa de doentes ( $\geq 50\%$ ) dos doentes.

Nesta hipótese referente à **exequibilidade das intervenções, tarefas e procedimentos recomendados aos TR**, estas foram concretizadas para quinze dos dezanove itens (ver tabela 33, parte II - cap.3) em mais de 75 % dos doentes, confirmando e ultrapassando o valor indicado na hipótese.

No entanto, a hipótese foi rejeitada para quatro itens, nos quais o procedimento só foi concretizado em menos de metade dos doentes. Comentamos, seguidamente, os resultados relativos a cada um desses quatro itens.

- a) A **participação da família na elaboração do plano individual de cuidados** só ocorreu em 38,5% dos casos. Esta reduzida participação poderá ter sido devida à falta de disponibilidade ou de vontade dos familiares, ao facto de o doente não querer, ao facto de o TR ou psiquiatra não terem salientado a importância do envolvimento destes ou por outro motivo não especificado.
- b) A realização de, pelo menos, uma **intervenção domiciliária** só ocorreu em 19% dos doentes. Tínhamos recomendado o mínimo de uma visita domiciliária, inclusive para avaliação do meio e das condições em que vivia o doente. A concretização deste mínimo no entanto, foi dificultada pelo facto de as equipas não terem viatura para esse fim e a requisição de um transporte hospitalar não ser fácil, para além dos problemas da disponibilidade de tempo. Será um procedimento a reforçar em futuras intervenções.
- c) A **prevenção do risco de suicídio** só foi abordada, especificamente, em 34% dos casos. Poderá não ter sido realizada por o TR entender que já tinha sido realizada, que não havia necessidade de o fazer, de ter sido abordada indirectamente ou outro motivo. Atendendo ao risco elevado de suicídio nas pessoas com esquizofrenia (5 a 13% dos doentes, Gelder, 2009), será uma intervenção a reforçar. Durante o período de avaliação do programa não se registou nenhum suicídio nos doentes da amostra.

- d) **A prevenção ou intervenção em relação ao abuso de drogas** foi indicada como tendo sido realizada em 45% dos casos. Eventualmente terá sucedido que, para alguns doentes, o TR não tenha identificado este problema como uma necessidade ou uma prioridade ou que essa intervenção estivesse a ser efectuada por outro profissional. No entanto, como iremos abordar posteriormente, ocorreu uma melhoria nesta problemática.

Ainda referente à hipótese A3, e na continuidade da avaliação da exequibilidade, o número de sessões realizadas pelo TR, com o doente, foram  $\geq 18$  / ano em 76,9 % dos casos, o que confirma, para este item, a respectiva hipótese.

A recomendação sobre a periodicidade do seguimento ser quinzenal, nos primeiros seis meses, foi cumprida para 73,8 % dos doentes e esta periodicidade manteve-se inalterada nos seis meses seguintes, para a maioria dos doentes (58,2%), ao contrário do que tínhamos aconselhado, que seria de passar a mensal. Não sendo um parâmetro previamente definido, mas sim uma recomendação, este dado é importante porque, na maioria dos casos, os TR optaram por um seguimento quinzenal, facto que que poderá também corresponder à necessidade dos doentes em manterem um seguimento regular.

Por último e para esta hipótese, o objectivo definido com o TR de realizar no mínimo  $\geq 3$  sessões familiares não ocorreu em 54,6 % dos doentes e em 22,2% destes não se realizou nenhuma sessão familiar. O facto de alguns familiares já terem falecido ou de se encontrarem geograficamente distantes, durante o período em que decorreu o programa, pode ser uma justificação mas, independentemente destes condicionantes, constatámos que existiram **dificuldades no envolvimento da famílias no tratamento**.

As dificuldades que tivemos em envolver as famílias activamente no tratamento têm sido referida em muitos estudos, inclusive em investigações mais centradas nas intervenções familiares, tanto em Portugal (Gonçalves-Pereira 2006), como em outros países europeus (Leff, 2000; Magliano, 2005).



Hipótese A4: Os TR vão contribuir para aumentar o número de doentes referenciados ou a frequentar estruturas de reabilitação psicossocial .

Esta hipótese confirmou-se e apesar de não termos, intencionalmente, estabelecido parâmetros neste domínio, os resultados foram favoráveis. Como se verifica na tabela 37, na primeira avaliação, frequentavam estruturas de reabilitação psicossocial (ERPS) 29% dos doentes e após os doze meses de programa, na segunda avaliação, essa situação verificou-se em 74% dos doentes.

Não é suficiente o TR referenciar os doentes para essas estruturas, sendo também necessário acompanhar o processo de adaptação e a evolução, conjuntamente com o doente e os técnicos das ERPS, de modo a tentar encontrar soluções para as dificuldades que possam surgir.

Admitimos que uma maior frequência das ERPS, pode ter contribuído para a diminuição de duas das necessidades sem resposta mais frequentemente identificadas nestes doentes (actividades diárias/ocupação e contactos sociais), não excluindo outros possíveis factores implicados.

Nas conclusões de um estudo multicêntrico, a nível europeu, de avaliação de necessidades (Xavier M. et al., 2002), é referida uma associação inversa entre a disponibilidade de recursos diversificados na comunidade e o estado de necessidade de cuidados dos doentes com esquizofrenia e acrescenta-se que, quanto menor for o grau de diferenciação de estruturas e programas terapêuticos, maior será a proporção de necessidades não alcançadas. Neste sentido, um aumento da referenciação e da frequência das ERPS, no âmbito do Programa Integrar, poderá ter contribuído para a redução das necessidades dos doentes que participaram no programa.

Hipótese A5: Na exequibilidade do programa o TR vai contribuir para que cada doente tenha um plano individual de cuidados, numa maioria muito significativa ( $\geq 75\%$ ) dos casos.

**O plano individual de cuidados (PIC) foi elaborado para 98,2% dos doentes** e em 90,8% ocorreu a participação do doente, confirmando-se esta hipótese.

Apurámos dados em relação aos **objectivos definidos e aos objectivos que foram alcançados**. Destacamos que, de um valor médio de cinco objectivos estabelecidos, foram cumpridos em média, três, sendo este valor médio praticamente igual para ambas as perspectivas (TR e doente).

Foi importante verificar que esta evolução esteve conforme o recomendado nas formações. Ou seja, o TR estabeleceu poucos objectivos no PIC, e objectivos atingíveis pelo doente, como veio a suceder durante os doze meses de programa.

As vantagens da elaboração de um plano individual de cuidados e da definição de objectivos, no contexto do modelo do *case management*, foram referidos no estudo *Optimal Treatment Project* (Falloon et al., 2004). Os autores desse estudo consideraram este plano como um elemento fulcral para os programas com múltiplas intervenções, como sucede com os programas de cuidados integrados para DMG e referem que a utilização do mesmo deve ter contribuído favoravelmente para os resultados dessa investigação.

Os resultados que comentamos em relação ao PIC também sugerem a importância do mesmo num programa com as características do Programa Integrar.

### **Componente B: Avaliação do impacto do Programa Integrar**

No componente B do estudo, considerámos as seguintes hipóteses:

B1: Os doentes seleccionados irão aderir ao programa e manter o seguimento, numa maioria muito significativa ( $\geq 75\%$ ) de casos.

Esta hipótese foi verificada, e as premissas ultrapassadas, porque 82 % dos doentes mantiveram a continuidade do seguimento, durante o período de avaliação do Programa Integrar. A comparação deste resultado, com outros estudos, foi efectuada na discussão dos objectivos da investigação.

B2: O número médio de internamentos, e a duração dos mesmos, nos doze meses de programa, será inferior ao respectivo número no ano anterior.

Os resultados obtidos, para o número médio de internamentos e respectiva duração, permitem confirmar as duas premissas desta hipótese.

Para melhor ilustrar estas diferenças, podemos considerar os valores em termos absolutos, ou seja, no ano anterior ao programa 39 doentes da amostra foram internados em serviços de psiquiatria, enquanto que no ano em que decorreu o programa esse número diminuiu para 14 doentes. Verificou-se assim uma redução de 64% no número de doentes internados.

Independentemente de outros factores, admitimos que um programa estruturado, em que todos os doentes passaram a ter um terapeuta de referência, um seguimento mais regular, a receber intervenções adequadas às suas necessidades, um plano individual de cuidados e de prevenção de recaídas, podem, no conjunto, ter contribuído para estas diferenças.

Quando analisámos o total de dias de internamento, verificado no ano anterior ao programa e no ano em que este decorreu, as diferenças ainda foram mais evidentes (1522 dias vs 523 dias), o que significa uma diminuição de 999 (66%) dias.

Além dos benefícios clínicos para os doentes, e para a sua recuperação, esta diminuição do número e da duração dos internamentos implica uma redução assinalável de custos. Este facto poderá ser uma mais valia a considerar nos programas de cuidados integrados e justificar a mobilização de recursos para estes programas. A análise de custo-efectividade, que seria necessário realizar para aprofundar as implicações económicas da implementação do programa desenvolvido, ultrapassa o âmbito deste trabalho. No entanto, trata-se de uma questão de particular importância que será indispensável desenvolver no futuro.

Por outro lado, retomando a interpretação dos dados, verificámos que 12 (31%) dos 39 doentes internados no ano anterior foram reinternados no ano em que decorreu o programa. Comparando a média do total de dias de internamento destes doentes, durante os dois períodos de tempo considerados, verifica-se que não ocorreram diferenças significativas (39 dias no ano anterior vs 37 no ano do programa).

Depreende-se destes valores que, apesar da significativa redução do número de internamentos, e da duração total dos mesmos, 12 doentes foram reinternados, no ano do programa. Estes doentes poderão corresponder a situações mais graves, sob o ponto de vista clínico, com problemática social ou outros factores de agravamento, para os quais as intervenções do Programa Integrar não foram suficientes ou necessitarão de mais tempo para obter os seus efeitos. Os mesmos considerando também podem ser válidos para explicar o facto de não terem ocorrido diferenças no número médio do total de dias de internamento por doente, para o período de um ano.

Na comparação com outros estudos, verificámos que quando é utilizado o modelo de tratamento assertivo na comunidade ocorre quase sempre uma diminuição dos internamentos (e.g. Stein e Test, 1980; Muijen, 1992; Scott, 2001), enquanto no modelo clínico de *case management* essa redução só ocorreu em alguns casos (Turkginton, 2002; Falloon, 2004; Suárez, 2011).

No estudo de Alonso Suárez (2011), realizado em Madrid, num contexto sociocultural mais próximo do nosso, verificou-se igualmente a implementação do modelo de *case management* em três equipas comunitárias, quando a aplicação deste modelo era ainda pouco comum em Espanha. Os resultados não foram muito diferentes dos do nosso estudo, apesar de terem avaliado mais doentes (250 doentes com esquizofrenia). Também para o período de um ano de intervenção, ocorreu uma redução de 58 % dos doentes internados e uma diminuição do número total de dias de internamento de 3256 dias para 1010 dias. Ou seja, uma diminuição de 2246 dias de internamento, correspondente a 69% do total inicial.

Estes resultados, bem como os do Programa Integrar, ultrapassaram a diminuição do número de internamentos que já tinham sido obtidos em outros projectos, como sucedeu no *Optimal Treatment Project* (Falloon, 1999) em que se verificou uma redução, no primeiro ano de projecto, de 55% desses internamentos.

Devemos, no entanto, salientar que muitos dos centros que participaram no projecto de Falloon já tinham o modelo de *case management* a funcionar, enquanto no nosso estudo e no que foi realizado em Madrid, este modelo foi implementado de novo.

Na investigação de Suárez (2011), foi avaliada a evolução do recurso, dos doentes da amostra, aos serviços de urgência, o que não aconteceu no nosso estudo, tendo-se confirmado que, a este nível também houve uma redução de 53,6 % no número de doentes que procuraram esses serviços. Outro dado importante, no estudo efectuado em Madrid, consistiu na verificação de que a evolução favorável, nos vários resultados, não se observou apenas no primeiro ano, tendo-se mantido pelo menos até aos três anos da duração do projecto.

A avaliação de um ano de intervenção pode fornecer importantes indícios e conclusões, mas sabemos, tal como referido por vários autores (Aberg-Wisted, 1995; Rossler, 1995; Turkington, 2002; Bjorkman, 2002; Falloon, 2004), que uma avaliação mais prolongada poderá fornecer resultados complementares, geralmente favoráveis, embora seja necessário, para esse efeito positivo se manter, que as intervenções não sejam interrompidas. Um bom exemplo desta necessidade é dado pelo estudo *Insight* de Turkington (2002 e 2006), no qual as vantagens da intervenção se perderam entre um a dois anos após o programa terminar.

No estudo de Bjorkman (2002), com seis anos de *follow-up*, verificou-se igualmente uma diminuição dos internamentos e uma melhoria no funcionamento social dos doentes, tendo esses resultados sido consistentes, ao longo do tempo, com a continuidade da intervenção, embora nem sempre tenham sido obtidos a curto prazo.

Os dados obtidos na investigação do Programa Integrar, à semelhança do que sucedeu com o estudo realizado por Suarez em Espanha (Suarez, 2011), contrastam com os que Marshall (1998, 2000 e 2011) obteve na meta-análise que efectuou em relação ao modelo clínico de *case management*. Nessa metanálise este autor referiu, relativamente a este modelo, o aumento do número de internamentos e da duração dos mesmos, embora nas actualizações mais recentes tenha escrito que não foram conclusivas as diferenças em relação ao aumento do número de dias de internamento.

Noutra meta-análise realizada em relação ao mesmo modelo (Zyguras & Stuart, 2000), foi encontrado um aumento do número de internamentos mas com diminuição do número total de dias de hospitalização. Ou seja, os doentes eram internados mais vezes mas durante menos tempo.

A necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados foi particularmente enfatizada no Programa Integrar (modelo clínico e de seguimento mantido) e essa característica, que, de alguma forma, coloca este programa numa posição intermédia entre o modelo clínico e o modelo de tratamento assertivo, pode ter contribuído para a redução do número e do tempo de internamento.

No entanto, em vários outros estudos (PRISM de Thornicroft, 1998; UK700 de Burns, 1999; REACT de Killapsy, 2006), não foram provadas vantagens consistentes na comparação do modelo clínico de *case management* convencional com os modelos de intervenção intensiva ou de tratamento assertivo na comunidade.

Na interpretação destes dados, temos que considerar diferentes realidades. Por um lado, os países onde o modelo convencional, utilizado na comparação, já corresponde a um modelo de *case management* estruturado e implementado na rotina clínica e, por outro lado, os países, como Portugal e Espanha, onde esse modelo está ser implementado de novo. Admitimos, por hipótese, que muitos dos estudos incluídos nas meta-análises se enquadrem no primeiro grupo.

Assim, a demonstração da exequibilidade e a implementação do modelo clínico de *case management*, como uma prática inovadora num serviço ou num sistema de serviços de saúde mental, poderão fazer salientar de forma mais evidente as vantagens deste modelo.

B3: O número médio de recaídas, nos doze meses de programa, será inferior ao respectivo número no ano anterior.
---

Esta hipótese também foi confirmada e as considerações que fizemos, para a diminuição dos internamentos, aplicam-se à diminuição de recaídas. Os dados da literatura científica também são concordantes, no sentido destes programas de cuidados integrados para DMG poderem contribuir para a diminuição do número de recaídas (Hogarty, 1986; Mueser, 1998 e 2002; Turkington, 2002).

B4: Vão ocorrer diferenças significativas, entre a primeira e a segunda avaliação, com evolução favorável, após doze meses de programa, para as seguintes variáveis: psicopatologia, necessidades, incapacidade, funcionamento social e ocupacional, *insight*, qualidade de vida e satisfação.

Relativamente a esta hipótese iremos comentar e discutir os resultados, pela ordem das variáveis referida no texto e, quando indicado, utilizaremos os acrónimos dos instrumentos de avaliação:

#### **a) Psicopatologia (avaliada pelo BPRS)**

A hipótese foi aceite, na medida em que ocorreu uma diminuição significativa nas pontuações médias do BPRS, entre a primeira e a segunda avaliação, tendo acontecido o mesmo para as subescalas. Nestas últimas, a evolução favorável foi mais notória para os sintomas de depressão / ansiedade e sintomas positivos.

Estes resultados, indicativos de melhoria clínica também se verificaram em alguns dos estudos mencionados (Aberg-Wistedt, 1995; Rossler, 1995; Turkington, 2002; Fioritti, 2003; Bjorkman, 2002.), embora não em todos (Thornicroft, 1998; Burns, 1999).

#### **b) Psicopatologia ( depressão avaliada pela MADRS)**

Na avaliação da depressão, confirmou-se igualmente a hipótese B4. Na primeira avaliação, 79,6% dos doentes apresentaram resultados correspondentes a depressão enquanto na segunda avaliação esta percentagem baixou para 68,5%.

Temos a noção de que os resultados podem ter sido influenciados pela ocorrência de sintomas negativos da esquizofrenia, ou sobreposição destes com os sintomas depressivos, e que as escalas utilizadas nem sempre permitem essa discriminação (Lako, 2012) .

Para, de algum modo, obviar essa sobreposição podemos incluir apenas os resultados equivalentes a depressão moderada e grave e excluir os de depressão ligeira. Sendo assim, na primeira avaliação apurámos 31,5% de doentes com estes resultados e na segunda 14,8 %.

Independentemente das diferenças obtidas, destacamos que os sintomas depressivos foram muito frequentes neste grupo de doentes com esquizofrenia ou perturbação esquizoaffectiva, e estes dados são importantes, na prática clínica, para o respectivo diagnóstico e tratamento.

Em relação à prevalência da depressão na esquizofrenia, são referidos na literatura valores com grandes amplitudes, mas sempre muito superiores à encontrada na população em geral, entre 16,5 % a 65 % (Bressan, 2003). Os valores que obtivemos estão dentro desses limites, apesar de terem sido ligeiramente mais baixos que o limite inferior indicado por Bressan, na segunda avaliação.

### **c) Necessidades ( CAN)**

Através da comparação dos resultados das necessidades, entre a primeira e a segunda avaliação, houve uma redução dos valores obtidos, para as necessidades sem resposta ou com resposta parcial, e um aumento correspondente para a ausência de necessidades relevantes. Podemos assim afirmar que esta hipótese foi confirmada para esta variável.

As necessidades sem resposta, mais frequentes na primeira avaliação e nas duas perspectivas (do doente e do terapeuta de referência), foram: actividades diárias, contactos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual, benefícios sociais, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico (*psychological distress*), informação sobre a doença e gestão/problemas de dinheiro. O número médio destas nove necessidades sem resposta diminuiu na segunda avaliação, mas essa redução não foi significativa nos itens do relacionamento íntimo, sexual e gestão/problemas de dinheiro.

Para as necessidades cobertas ou parcialmente cobertas, as mais frequentes foram, para além das referidas anteriormente, a ajuda nas tarefas domésticas e cuidados pessoais, que diminuíram na segunda avaliação.



As necessidades de natureza social e psicossocial, corresponderam à maioria das necessidades sem resposta identificadas, e esses dados são concordantes com outros estudos nacionais e europeus (Gago J., 1996; Caldas de Almeida, 1997; Xavier, 1999 e 2002; Kovess, 2005; Alonso, 2007).

A diferença entre as respostas às necessidades clínicas e às psicossociais, e o predomínio destas últimas nas necessidades sem resposta, não se limita a Portugal, mas tem sido mais evidente nos países do sul da Europa, em geral com menos recursos comunitários (Xavier, 1999 e 2002). Perante estas circunstâncias, será importante realçar que no nosso estudo ocorreram diferenças sugestivas de uma melhoria nas respostas às necessidades psicossociais.

Na avaliação de necessidades, os coeficientes das correlações entre as necessidades identificadas pelo TR e pelo doente, foram altas ( $r \geq 0,6$  e  $< 0,8$ ) para dez itens do CAN e muito altas para os restantes doze ( $r \geq 0,8$ ). Estes dados sugerem que o TR teve, em geral, um bom conhecimento das necessidades do doente que esteve a acompanhar, bem como uma concordância com ele acerca dessas necessidades.

Estes últimos dados diferem de muitos dos encontrados nos estudos de avaliação de necessidades, nos quais se verificaram discrepâncias significativas entre as necessidades identificadas pelos técnicos e pelos doentes (Gago, 1996; Slade, 1999; Lasalvia, 2000; Fleury, 2006).

A atribuição de um TR a cada doente, capaz de obter um bom conhecimento sobre as necessidades do doente e de o orientar de forma estruturada para as respostas adequadas, poderá ter contribuído para os resultados favoráveis nesta área ocorridos no Programa Integrar.

#### **d) Incapacidade ( avaliada com DAS-S)**

A hipótese confirmou-se para a pontuação total e para os três dos quatro domínios da escala de avaliação de incapacidades (ocupação, família / lar e contexto social amplo). Para o domínio dos cuidados pessoais a diferença, entre a primeira e a segunda avaliação, não foi significativa, mas devemos ter em consideração que para este domínio, e na primeira avaliação, já se verificava uma pontuação muito reduzida para a respectiva incapacidade.

#### **e) Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS)**

Em relação ao funcionamento social e ocupacional ocorreu uma melhoria, da primeira para a segunda avaliação, o que significa que podemos confirmar a hipótese para esta variável.

A escala utilizada efectua uma avaliação global e não conseguimos precisar, de forma mais específica, as diferenças verificadas no funcionamento sócio-ocupacional. No entanto, os dados obtidos são suficientes para responder às hipóteses e aos objectivos deste estudo.

A melhoria do funcionamento social e ocupacional tem sido uma característica frequente nos estudos de programas de cuidados integrados ou na aplicação de modelos assertivos de *case management* (Stein, 1980; Hogarty, 1991; Turkington, 2002; Falloon, 2004; Bjorkman, 2002; Malm, 2003; Fioritti, 2003).

#### **f) *Insight* (avaliado com o SAI)**

Para esta variável, e para os vários componentes da mesma, a hipótese foi refutada por não se terem verificado diferenças significativas entre as duas avaliações.

Num dos estudos que influenciou o Programa Integrar, o estudo de Turkington e Kingdon (2002), ao contrário do que sucedeu no nosso estudo, um dos resultados mais consistentes consistiu na melhoria do *insight*, o que levou, aliás, a que o estudo tenha passado a ser designado por esse termo (*Insight Study*).

Nesse estudo, e como é habitual no Reino Unido, o modelo de *case management* e a aplicação do *care program approach* (com um plano individual de cuidados para cada doente) já estavam implementados nas equipas comunitárias. Assim, ocorreu um forte investimento na formação e supervisão das abordagens cognitivo-comportamentais para DMG, que foram associadas às intervenções psicossociais.

No *Insight Study* também se constatou uma diminuição do número de internamentos e de recaídas, mas o impacto na melhoria de sintomas e do funcionamento social e ocupacional foi menos pronunciado.

No nosso estudo foi necessário implementar, de raiz, o modelo clínico de *case management* e este não foi tão focalizado na abordagem cognitivo-comportamental também recomendada. A supervisão foi menos intensiva e regular que no caso do estudo de Turkington. Eventualmente o reforço destes componentes poderá futuramente contribuir para melhorar o *insight* nos doentes do Programa Integrar.

**g) Qualidade de vida e satisfação (WHO-QOL e PoCS)**

Verificaram-se diferenças significativas e com evolução favorável, entre a primeira e a segunda avaliação, para a qualidade de vida em geral, para os quatro domínios da escala utilizada (físico, psicológico, social e do ambiente) e na avaliação da satisfação, esta última avaliada com o questionário de percepção de cuidados e de satisfação.

Num estudo multicêntrico a nível europeu sobre a satisfação dos doentes com esquizofrenia em relação aos serviços de saúde mental, conhecido por EPSILON (Rugggeri, 2003), o grau de satisfação foi muito variável, de centro para centro, e as duas áreas cotadas com menos satisfação corresponderam à informação sobre a doença e à participação da família no tratamento. Os autores deste estudo salientaram, como um importante factor de satisfação, a “percepção” que os doentes tiveram dos cuidados que receberam e se estes responderam ou não aos seus problemas.

No nosso estudo, apesar das dificuldades na participação dos familiares no tratamento, esta área não foi identificada como de menor satisfação pelos doentes. Já em relação à informação sobre a doença e o tratamento, os dados são concordantes com os do estudo EPSILON, sendo uma das áreas em que os doentes revelaram menor satisfação, nomeadamente no que diz respeito à informação sobre os riscos e os benefícios da medicação.

Na avaliação da “percepção” dos cuidados recebidos nas ESMC, pelos próprios doentes, no contexto do Programa Integrar, verificaram-se diferenças significativas, entre as duas avaliações, com melhoria nas subescalas referentes à acessibilidade e disponibilidade dos terapeutas, à continuidade de cuidados e à comunicação com os terapeutas.

Estes últimos resultados reflectem uma evolução positiva na acessibilidade e na continuidade dos cuidados, assim como na disponibilidade dos terapeutas e na comunicação com os mesmos. Estes dados reforçam resultados já discutidos, mas na perspectiva dos doentes.

B5: Após doze meses de programa os doentes irão ter uma melhoria na atitude face ao tratamento psicofarmacológico.
--

Os resultados referentes à adesão à terapêutica, neste estudo, são limitados e subjectivos, porque não efectuámos doseamentos de fármacos. Aceitando esta condicionante, avaliámos a atitude do doente face ao tratamento psicofarmacológico.

Esta hipótese foi rejeitada em virtude de não terem ocorrido diferenças significativas, entre as duas avaliações, na atitude do doente face à medicação.

Admitimos que as intervenções que os doentes receberam, no decurso de um ano de programa, incluindo a psicoeducação, não foram suficientes para modificar a sua atitude em relação ao tratamento. Poderá ser necessário mais tempo ou reajustamento das intervenções, para alcançar este objectivo.

Os doentes com esquizofrenia e perturbação esquizoaffectiva têm, na sua maioria (50 a 70%), problemas de adesão à terapêutica (Fenton, 1997 e Perkins, 2002) e, como referimos anteriormente, as intervenções psicoeducativas, por si só, não alteram essa adesão, podendo contudo ter sucesso quando incluídas num conjunto de intervenções integradas (Mueser, 2002; Zygmunt, 2002; Kopelowicz, 2003). Existiram excepções com resultados favoráveis para as intervenções psicoeducativas *per si*, como ocorreu no estudo de Aguglia (2007), realizado em Itália.

Os dados da literatura referentes às intervenções psicoeducativas, no contexto dos programas de *ilness management* (Mueser, 2002), confirmam que os doentes adquirem conhecimentos sobre a doença e o seu tratamento, mas não mudam comportamentos, incluindo a adesão à terapêutica.

Consideramos que, para além da informação sobre a doença, será fundamental o modo como esta informação é transmitida, devendo basear-se nas vivências do doente e na forma como este entende o adoecer. Estas abordagens têm vindo a ser desenvolvidas, com particular destaque para as abordagens cognitivo-comportamentais, nas pessoas com DMG. Estas estratégias foram incluídas na formação do Programa Integrar, mas poderá ser necessário uma maior ênfase ou enfoque particular, inclusive na supervisão.

B6: O número de doentes que, presumivelmente, consome drogas será menor, após doze meses de participação no programa.
---

Esta hipótese tem as mesmas limitações da adesão à medicação, porque não foi efectuado doseamento de substâncias e, por esse motivo, se usou a palavra “presumivelmente”.

Para o consumo de drogas (incluindo abuso de álcool ) ocorreu uma redução de 50%, no número de doentes que responderam ao questionário de forma afirmativa, quando se comparou o período de doze meses anteriores com o ano em que decorreu o programa.

Quando se questionou, especificamente, sobre a substância que consumiam obtiveram-se dados contraditórios. O número de doentes que referiu consumo de canabinóides (a droga mais utilizada, na amostra do estudo), na primeira avaliação, foi superior ao número total de doentes que, na questão anterior, disseram consumir drogas (33 vs 28 doentes).

Estes dados podem reflectir uma atitude de desvalorização, da parte dos doentes, face ao consumo de canabinóides, situação que verificamos com frequência na prática clínica, apesar da evidência científica das repercussões negativas destes consumos na psicose (Andreasson, 1989; Van Os, 2002; Ferdinand, 2005).

Nas *Port guidelines* (2010) são recomendadas intervenções psicossociais para doentes com esquizofrenia e situações de abuso ou dependência de drogas. Nestas *guidelines* foram referidos vários estudos, mas os resultados ainda não são muitos consistentes. Alguns estudos (Drake, 1998) evidenciaram vantagem do tratamento assertivo na comunidade na recuperação de toxicodependências, em pessoas com esquizofrenia (com duplo diagnóstico), mas em outros estudos essas vantagens não se verificaram (Essock, 2006; Morse, 2006;).

Apesar dos resultados do nosso estudo serem indicativos de uma evolução benéfica nesta área, entendemos serem necessários estudos adicionais, de preferência com confirmação dos consumos através de doseamentos sanguíneos e/ou urinários.

B7: Para as impressões clínicas e psicossociais globais da evolução de cada doente, após doze meses de programa, iremos obter uma maioria significativa ( $\geq 50\%$ ) de respostas com melhorias (nas duas perspectivas, TR e doente).

Esta hipótese foi igualmente confirmada. Na perspectiva dos TR verificaram-se melhorias em 86% dos doentes e na opinião de cada doente, sobre a sua própria evolução, 83% consideraram que melhoraram, após doze meses de programa.

Mais uma vez constatámos concordância, para a maioria das respostas, entre o doente e o seu TR, o que na nossa opinião pode também ser o reflexo da relação terapêutica e do trabalho de colaboração entre os dois elementos.

### 4.3. Particularidades dos resultados

Mesmo sem estarem considerados nas hipóteses, nem nos objectivos do estudo, obtivemos quatro resultados que justificam ser discutidos :

#### 1) Evolução favorável da situação profissional

Na primeira avaliação, tinham emprego a tempo completo oito doentes (7,4%) e, após um ano de programa, essa situação verificou-se em dezoito (16,7%). Se associarmos os empregos a *partime*, obtemos um total de dezassete (15,7%), na primeira avaliação, e de 29 (26,9 %) na segunda.

Será importante considerar que o programa decorreu nos anos de 2007 e 2008, quando a taxa de desemprego já tinha começado a aumentar (7,7% no ano de 2008, INE) mas ainda muito inferior aos valores que se vieram a registar nos anos seguintes.

Na literatura há referência a taxas de emprego, para doentes com esquizofrenia, entre 10 a 15% (Lehman & Steinwachs, 1998) e os valores mais elevados são alcançados através da modalidade de emprego apoiado (Bond, 2007 e 2008), situação que não tem sido frequente nos doentes da nossa amostra. Nos estudos realizados foi também referido que as dificuldades de emprego, para estes doentes, são maiores quando a taxa de desemprego aumenta, e, em particular, quando esta começa a ser superior a dois dígitos.

Se os resultados obtidos no Programa Integrar, a este nível nos surpreenderam, seria curioso saber se, actualmente, esses doentes mantêm os postos de trabalho.

## **2) Aumento do número de consultas de psiquiatria**

Nas críticas ao modelo de *case management* (Marshall, 1998), alguns profissionais exprimiram o receio de que a uma maior intervenção dos TR pudesse levar a uma menor intervenção do psiquiatra e a criar o risco de uma menor diferenciação de cuidados.

Os resultados do estudo do Programa Integrar apontam no sentido inverso. Ocorreu um aumento, estatisticamente significativo, do número de consultas de psiquiatria por doente, realizadas no ano anterior e no ano em que decorreu o programa (de uma mediana de 4 passou para 8).

Admitimos como uma das hipóteses que justifique este aumento a acção do TR na mobilização dos profissionais das equipas comunitárias, em particular dos psiquiatras, no sentido de serem prestados mais cuidados ao doente. Outra hipótese poderá ter sido o facto de o psiquiatra responsável nas equipas pelo programa ter ficado só a acompanhar pessoas com DMG.

## **3) "Padrão" da medicação psicofarmacológica nas duas avaliações**

Quando comparados os principais grupos de psicofármacos utilizados na primeira avaliação e na segunda avaliação (tabela 43), constatamos que as diferenças não foram estatisticamente significativas.

No entanto, a ausência de diferenças no “padrão” de medicação não exclui que tal não tenha sucedido a nível individual.

O tratamento psicofarmacológico é também uma intervenção baseada na evidência sem a qual as restantes intervenções ficam comprometidas. Contudo, a não existência de diferenças significativas no “padrão” de medicação, entre as duas avaliações, poderá contribuir para uma maior relevância dos resultados obtidos com as intervenções psicológicas e psicossociais realizadas no decurso do programa.

Neste “padrão” de medicação salientamos que um pouco mais de metade dos doentes estavam medicados com antipsicóticos injectáveis de acção prolongada (56%), 85% estavam a fazer antipsicóticos de segunda geração, 30% foram medicados com clozapina, 36% faziam estabilizadores do humor, 33% tomavam antidepressivos, 33% faziam benzodiazepinas e 25% tinham prescrição de anticolinérgicos.

A utilização destes dois últimos grupos de fármacos poderá ser superior ao recomendado nas *guidelines* actuais. No entanto, devemos também ter em conta que muitos dos valores percentuais obtidos na primeira avaliação não corresponderam aos mesmos doentes da segunda e que a utilização destes fármacos poderá ter sido limitada no tempo, em situações agudas ou para debelar efeitos secundário causados por outros medicamentos.

#### **4) Diferenças entre os resultados dos doentes com esquizofrenia vs os dos doentes com perturbação esquizoafectiva**

Constatámos, apesar das diferenças no número de doentes em cada um dos subgrupos, que os doentes com esquizofrenia viviam mais com os pais, tinham uma menor percentagem de pessoas com emprego, menores habilitações literárias e uma maior percentagem de solteiros.

Na primeira avaliação, o subgrupo dos doentes com esquizofrenia apresentou valores significativamente mais elevados no BPRS, na subescala de sintomas negativos. Na segunda avaliação e referente ao mesmo subgrupo estas diferenças foram observadas nas subescalas de sintomas positivos e negativos.



De outro modo, na segunda avaliação, o subgrupo com o diagnóstico de perturbação esquizoaffectiva apresentou valores significativamente mais elevados no funcionamento social e ocupacional.

Com as limitações decorrentes das diferentes características dos dois subgrupos, verificámos que, para as variáveis avaliadas, só se observaram diferenças significativas na psicopatologia e no funcionamento social e ocupacional.

As diferenças e as semelhanças obtidas permitem-nos enquadrar os resultados em duas perspectivas: considerar a perturbação esquizoaffectiva como um subtipo da esquizofrenia, eventualmente com menos psicopatologia e melhor nível de funcionamento, ou incluir esta perturbação num *continuum* entre a perturbação bipolar e a esquizofrenia.

Na integração de dados da genética, neuroimagem, epidemiologia e farmacologia, Van Os (2009) e outros autores (Lencz, 2004) defendem a existência de um espectro entre a perturbação bipolar e a esquizofrenia.

Van Os acrescenta que as diferentes patologias incluídas neste espectro podem corresponder a uma combinação diferente de várias dimensões. A psicose, mania, depressão, défices cognitivos e os sintomas negativos, correspondem às cinco dimensões inicialmente propostas por este autor.

No entanto, os resultados e o número de doentes dos subgrupos do presente estudo não permitem retirar conclusões mais específicas em relação a este tópico, mas apenas reforçar questões sobre as quais não existem ainda respostas consensuais, nomeadamente à opção por classificações de doenças mentais de tipo categorial ou através de dimensões.

#### 4.4. Limitações do estudo

Para uma adequada interpretação dos resultados do estudo devem ser referidas as limitações metodológicas do mesmo.

Uma primeira limitação teve a ver com a forma como a amostra foi seleccionada. Não tendo sido possível constituir uma amostra baseada numa escolha aleatória dos doentes, utilizou-se uma amostra de conveniência, que se baseou na sequência da referenciação de casos para o programa, nas cinco equipas de saúde mental comunitárias. Essa referenciação respeitou os critérios de inclusão e de exclusão, mas não existiu homogeneidade nos referenciadores. Assim, os resultados serão válidos para a amostra, mas não implicam generalizações.

Os doentes foram referenciados por um dos psiquiatras das equipas e, como excepção e de forma indirecta, por um dos psiquiatras da unidade de internamento.

No entanto, pretendíamos avaliar a exequibilidade do programa, no contexto clínico habitual das cinco ESMC, sem interferir nas referenciações, para além dos critérios previamente definidos.

O mesmo se passou na selecção dos TR, a qual dependia do psiquiatra responsável pelo Programa Integrar em cada uma das equipas. Recomendámos uma distribuição equitativa entre os vários TR (três por equipa), mas como referimos na metodologia, caso houvesse benefício clínico ou social para o doente, seria essa opção a prevalecer.

Optámos por não realizar um estudo aleatorizado e controlado, porque não pretendíamos um estudo de efectividade, mas sim um estudo de exequibilidade (*feasibility*), tendo o desenho do estudo sido efectuado nesse sentido.

Como referimos na metodologia, a avaliação de exequibilidade é considerada actualmente um indicador determinante em projectos com múltiplos componentes e variáveis, como acontece com o Programa Integrar.

O método utilizado na avaliação diagnóstica poderá ter constituído outra limitação. O diagnóstico foi efectuado pelo psiquiatra assistente, com indicação na ficha de referenciação para o programa e de acordo com os critérios ICD10, não tendo sido utilizada nenhuma entrevista psiquiátrica semi-estruturada para este efeito.

A obtenção de dados também pode ter sido influenciada pelas características dos instrumentos de avaliação. Procurámos seleccionar instrumentos que fossem utilizados internacionalmente, para os quais tivéssemos de preferência versão portuguesa, que fossem fáceis e relativamente breves de aplicar. Avaliámos também a consistência interna da maioria dos instrumentos, desde que fosse metodologicamente e estatisticamente correcto. Os resultados foram favoráveis, mas o facto de utilizarmos alguns instrumentos adaptados, mas não totalmente validados, para Portugal, constituiu uma limitação que não pode ser ignorada.

Os questionários sociodemográficos tiveram como base os dados afins obtidos em estudos similares mas, também em relação a estes, deve ser considerada a possibilidade de algum possível viés na selecção das questões e na obtenção de informação.

No viés de informação, devemos, igualmente, considerar os que podem decorrer das características e circunstâncias dos entrevistados (doentes) e dos avaliadores.

Os doentes tinham conhecimento de que estavam a participar num programa novo e eles próprios colaboraram, na maioria dos casos, na elaboração do seu plano individual de cuidados, circunstância que pode ter influenciado os resultados. O número de doentes avaliados e o cruzamento de dados (e.g. com o TR, com a família, com o psiquiatra assistente e com outros elementos da equipa assim como dados do processo clínico) podem ter contribuído para minimizar as limitações.

As características dos avaliadores podem ter levado, igualmente, a um viés importante, na medida em que os psicólogos e outros profissionais que receberam formação como avaliadores pertenciam às ESMC, e nos instrumentos de autopreenchimento, nalguns casos, o TR auxiliou o doente a preencher.

Como já referimos, o Programa Integrar não teve recursos adicionais, quer a nível financeiro, material ou humano, não tendo sido possível, nesta fase, a contratação de avaliadores externos ao serviço.

A análise estatística efectuada também apresenta limitações, desenvolvidas mais especificamente nas partes dedicadas à metodologia, apresentação de resultados e discussão.

Será no entanto de salientar que determinados resultados não dependeram directamente deste último viés, nomeadamente muitos dos indicadores clínicos, demográficos e de utilização dos serviços, como, por exemplo, número de internamentos, de recaídas, situação profissional e número de consultas, na medida em que foram obtidos através de cruzamento de dados do processo clínico, resposta aos questionários, registo informático dos internamentos, entre outros.

Processo semelhante ocorreu com os dados obtidos referentes à exequibilidade. Os procedimentos, as intervenções e o número das mesmas foram registadas nos processos clínicos e nos questionários

Poderão seguramente ter existido outros viéses, um dos quais, e com carácter mais global, pode ter resultado de se ter limitado o período de avaliação a um ano. Se este período é determinante para a exequibilidade, sabemos que muitos dos resultados destes programas integrados, e em particular para estes doentes, devem, sempre que possível, ser também avaliados por períodos mais longos.

No nosso caso, tínhamos um limite temporal. Estava prevista a abertura do novo Hospital de Cascais para o primeiro trimestre de 2010 (23/10/2010), e era provável que as ESMC de Cascais e Parede deixassem de pertencer ao CHLO ou fossem reestruturadas.

#### **4.5. “Barreiras” à exequibilidade**

Em relação à exequibilidade do Programa Integrar, surgiram condições favoráveis ou facilitadoras, que já abordámos no início da discussão e na metodologia.

No decurso desse mesmo processo, foram surgindo algumas dificuldades, também designadas por barreiras, na adaptação da designação comum inglesa de *barriers*.

A identificação dessas barreiras, e a sua avaliação, não constituíram objectivos específicos deste estudo e, nesse sentido, não foram apresentadas nos resultados.

No entanto, considerámos importante incluir este tópico na discussão. A referência a dificuldades relevantes, com que nos debatemos, e a forma como lidámos com as mesmas poderá ser útil, não só para uma melhor compreensão do processo de implementação do programa, mas também para a realização de futuros projectos ou programas.

**Existe sempre uma diferença entre o pensar e o planejar e fazer.** Esta diferença pode ser maior ou menor, mas exige, em geral, capacidade de adaptação às circunstâncias e às mudanças das mesmas, compreensão das vivências das partes intervenientes, motivação, liderança e persistência. Como referiu Saraceno (2007), as grandes dificuldades não têm consistido na definição de políticas ou programas, mas sim na sua implementação.

Muitas destas barreiras foram identificadas à medida que o programa foi sendo executado. Foram úteis as contribuições dos doentes, dos familiares, dos profissionais e de outras partes envolvidas. Para além de outros contextos, as informações foram obtidas nas consultas, nas reuniões, nas supervisões, através de questões colocadas pelos TR, à coordenação do programa, ou através de contactos informais. Algumas dificuldades foram mais previsíveis e outras mais inesperadas.

Apresentamos, de forma sumária, as **barreiras mais relevantes** e a forma como lidámos com estes problemas, subdivididos em quatro níveis, referentes: ao doente, aos profissionais, ao departamento / hospital e a nível nacional.

Nas barreiras de adaptação dos **doentes**, salientamos as dificuldades experimentadas por alguns na transição, de uma postura mais passiva a que estavam habituados, para uma atitude mais participativa, em relação ao seu tratamento. Um exemplo concreto, consistiu no envolvimento do doente na definição de objectivos quando foi elaborado, em conjunto com o TR, o seu plano individual de cuidados.

Outra questão, colocada por vários doentes, teve a ver com alguma insegurança perante as mudanças introduzidas pela integração do TR na equipa. Alguns doentes expressaram dúvidas, por exemplo, sobre o que deveria ser falado com o médico e o que deveria ser abordado com o TR, bem como receios de a existência do TR poder implicar uma menor atenção por parte do médico psiquiatra.

Em relação ao receio, referido por alguns doentes, de menor atenção do psiquiatra assistente, a análise dos resultados mostrou que sucedeu exactamente o contrário. Ou seja, o número de consultas de psiquiatria aumentou de forma significativa.

Os familiares mostraram-se, em geral, disponíveis mas em alguns casos surgiram algumas dificuldades na mobilização activa e participada da família.

Na evolução da relação terapêutica do TR com o doente, as dificuldades expressas por estes últimos foram de um modo geral ultrapassadas, como se verificou através dos resultados da avaliação da exequibilidade.

Alguns doentes referiram poder ter dificuldade em vir mais assiduamente à ESMC ou que, nos casos em que vinham acompanhados por familiares, estes últimos poderem não ter tanta disponibilidade. As implicações económicas de um maior número de vindas à ESMC, também foram expressas com preocupação por alguns doentes.

Sempre que possível, tentámos que, no dia em que o doente tivesse agendada a consulta de psiquiatria, ele pudesse falar com o TR e, se efectuasse uma terapêutica injectável, que esta administração também coincidissem com a intervenção do TR. Nalguns casos foi necessário reforçar a autonomia do doente na utilização de transportes. Para todas estas situações contribuiu a flexibilidade manifestada pelos profissionais das equipas comunitárias.

A nível dos **profissionais**, uma das dificuldades previsíveis na exequibilidade e implementação do modelo de *case management*, teve a ver com a atribuição de funções específicas ao TR, e da separação entre as que seriam comuns e as que continuariam a ser específicas de cada grupo profissional.

Outra questão colocada consistiu nas responsabilidades de cada grupo profissional, face ao doente e ao seu tratamento. Foi explicitado por escrito, nos procedimentos, que o médico psiquiatria manteria a responsabilidade do tratamento do doente e que o TR deveria manter uma articulação adequada com o psiquiatra. Nos procedimentos foram clarificadas as funções específicas do TR.

Estas dificuldades, embora tenham de facto ocorrido, foram ultrapassadas no decurso dos primeiros meses, através de uma clarificação continuada das funções do TR e de uma motivação dos profissionais para o exercício das mesmas.

Alguns profissionais expressaram o receio de poder vir a ocorrer um reducionismo das suas competências como TR ou de haver um trabalho mais centrado nos DMG. Foi necessário reforçar a mensagem de que a diferenciação e a especialização deveriam ser maximizadas, não só como TR, mas também através da manutenção em paralelo de outras actividades específicas, de acordo com o perfil de cada profissional.

No entanto, a manutenção das actividades específicas de cada grupo profissional constituiu uma dificuldade acrescida, na medida em que, para alguns profissionais, como os enfermeiros, ocorreu uma sobrecarga de trabalho que levou inclusivamente ao reajustamento dos objectivos inicialmente estabelecidos.

Nas formações realizadas, procurámos transmitir o nível de diferenciação actualmente exigido para desenvolver intervenções psicológicas e psicossociais, para os DMG, inclusivamente através de programas concretos, como sucedeu nas acções de formação desenvolvidas por David Kingdon e Douglas Turkington.

**A nível do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLO**, e para além das condições favoráveis já referidas no início da discussão, tivemos de lidar com o equilíbrio entre os novos programas horizontais, com coordenações próprias, e a estrutura vertical pré-existente, também com as chefias de cada uma das ESMC.

Procurou-se uma boa articulação com as coordenações das ESMC, incentivando a sua participação nas decisões e na implementação do Programa Integrar, o que veio a suceder na generalidade das situações. O facto da direcção do DPSM ter assumido como estratégia do departamento a execução destes programas veio facilitar este processo.

A divisão dos profissionais das ESMC, pelos dois programas (Ansiedade & Depressão e o Programa Integrar), também despoletou algumas barreiras. Os profissionais tinham até então acompanhado doentes com um leque mais abrangente de patologias e alguns expressaram o desejo de continuar nesse sentido.

Explicámos que considerávamos útil, para o arranque do programa, que esta divisão fosse efectuada, a qual tinha sido a experiência de muitos dos programas semelhantes implementados internacionalmente. Esta divisão foi aceite pela maioria dos profissionais, e ficou estipulado que a situação seria reavaliada de acordo com as orientações da Direcção do DPSM do CHLO.

Outra barreira consistiu nas diferenças existentes entre os indicadores mais hospitalares, utilizados na maioria dos serviços do CHLO onde o DPSM se insere, e os indicadores mais comunitários e de resposta às necessidades dos doentes, que reflectem muitas intervenções das actividades do TR incluídas no Programa Integrar.

Este problema já existia para as actividades das ESMC, mas ficou mais evidente com este programa e com as implicações no registo das actividades dos vários profissionais e na avaliação da produtividade do serviço.

Têm vindo a ser efectuados alguns reajustes, e apesar de algumas das actividades do TR poderem ser registadas (e.g. intervenções domiciliárias, entrevistas psicossociais e familiares), estas não se reflectem na produtividade do serviço, continuando o peso das consultas médicas e dos internamentos a ser preponderante.

Considerámos importante a divulgação deste programa no contexto hospitalar (e.g. foram publicados artigos de divulgação no jornal do CHLO) e junto da administração e da direcção clínica do CHLO, neste último caso através da direcção do DPSM.

Este último tópico leva-nos a considerar as barreiras existentes a **nível nacional** e cuja abordagem exaustiva ultrapassa o âmbito deste estudo.

Podemos referir que o facto de o Programa Integrar ter características de programa “piloto” no contexto nacional, teve vantagens mas, por outro lado, fez com que tivéssemos de lidar com a indefinição, a nível oficial, das funções do TR, para além da dificuldade em registar muitas das actividades e intervenções.

A necessidade de clarificação das funções do TR, a nível nacional, levou ao desenvolvimento de um documento de consenso, numa reunião promovida pela então Coordenação Nacional para a Saúde Mental, que só ocorreu em 2008 (ver capítulo 3 da Parte I), posteriormente ao início do programa.

O facto do Programa Integrar ter tido início no mesmo ano em que foi desenvolvido o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) foi um elemento facilitador, apesar da implementação desse plano estar ainda no começo. Só posteriormente ocorreu uma maior divulgação do plano, respectivas acções de formação e mobilização de recursos financeiros para a criação de novos projectos e programas, na área da saúde mental e dentro das prioridades definidas nesse plano.



## 4.6. Pontos fortes e contributos

Para além dos resultados favoráveis, abordados na discussão, e das conclusões apresentadas posteriormente, alguns **pontos parecem-nos merecer um destaque especial pela sua relevância e implicações:**

- A metodologia utilizada, nomeadamente em relação ao estudo da exequibilidade, pode considerar-se, neste contexto e para o tipo de doentes envolvidos, inovadora a nível nacional e apesar de recomendada, para novos estudos a nível internacional, tem sido ainda pouco utilizada;
- A demonstração da exequibilidade da grande maioria das intervenções propostas, e os objectivos alcançados na implementação do programa, representam igualmente um ponto forte deste estudo;
- Através do Programa Integrar, implementámos, pela primeira vez em Portugal, num serviço de psiquiatria do SNS, o modelo clínico de *case management*, com os TR oficialmente nomeados, designados e avaliados pelas respectivas funções;
- Devido a esse processo também foi possível que, praticamente para todos os doentes, fosse elaborado um plano individual de cuidados, com a participação activa dos doentes, na grande maioria dos casos;
- Este estudo foi realizado com uma amostra substancial (n=146) e teve uma dimensão rara em Portugal, para estudos de intervenção prospectivos, nos doentes com os referidos diagnósticos;
- O estudo mostrou que os modelos e as intervenções utilizados em países com mais recursos ou mais estruturas (como sucede em muitos dos países anglo saxónicos) podem ser aplicados e adaptados a realidades e culturas diferentes, como neste caso aconteceu em Portugal;
- A redução significativa do número médio e absoluto de internamentos, bem como da respectiva duração, quando se comparou o ano anterior com o ano em que decorreu o programa, constituíram um dos resultados relevantes deste estudo, com impacto a nível clínico e económico;

- O aumento significativo do número de doentes que passaram a frequentar estruturas de reabilitação psicossocial bem como dos que passaram a ter emprego, são também pontos fortes do estudo.

Para além dos contributos locais, o Programa Integrar teve repercussões a nível nacional, incluindo as acções formativas, estágios e visitas profissionais realizadas nas ESMC do DPSM do CHLO no âmbito do programa.

Recebemos equipas multidisciplinares, bem como colegas psiquiatras de vários serviços do país, para além da realização de estágios de psiquiatria comunitária de internos da especialidade de psiquiatria, de vários serviços.

A divulgação tornou-se mais generalizada quando este programa foi, de alguma forma, considerado um “**projecto piloto**” e um dos componentes dum programa mais alargado de formação em cuidados integrados, na recuperação de doentes mentais graves a nível nacional (CIR / Proform), foi dinamizado pela então Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Apenas como expressão do trabalho realizado, vale a pena referir que foram desenvolvidas actividades de formação em 2009 e 2010, para profissionais de 34 serviços de psiquiatria do país, num total de 310 formandos, alargadas posteriormente às ordens religiosas e outras IPSS.

Em termos de investigação, e para além dos contributos referidos nos pontos fortes, podemos acrescentar que, a **nível internacional**, esta investigação enquadra-se e dá resposta favorável à necessidade de estudos de exequibilidade destes programas e de investigações da aplicação destes modelos em países não anglo-saxónicos, ou com menos recursos, onde são mais raros.

#### **4.7. Propostas para futuras investigações**

A realização de uma investigação leva, inevitavelmente, à formulação de novas questões e proposta de outros estudos. Na continuidade da investigação realizada, considerámos que poderia ser útil a realização dos seguintes estudos:

- Avaliação (*follow-up*) mais prolongada no tempo (e.g. 2 a 5 anos);
- Estudos de efectividade do Programa Integrar ou de outros programas afins, com base em desenhos experimentais;

- Estudos que permitam determinar a importância relativa dos resultados das várias intervenções, e quais as mais eficazes. Num período de contenção de recursos e de custos, a selecção, com base científica, das intervenções potencialmente mais eficazes poderá ser uma possível estratégia;
- Estudos de custo - efectividade;
- Introdução e avaliação de outros componentes e intervenções para doentes como as mesmas características (e.g. estudos na área da cognição social, estimulação cognitiva);
- Adaptação do programa de cuidados integrados, e introdução de outros componentes, para doentes com outras características e diagnósticos (por e.g. DMG com perturbação bipolar ou duplos diagnósticos).

# **Parte II**

## **Capítulo 5**

### **Conclusões**

## 5. Conclusões

O programa de cuidados integrados que desenvolvemos, designado por Programa Integrar, **foi exequível** para 82% dos doentes da amostra inicial, com os diagnósticos de esquizofrenia ou de perturbação esquizoafectiva, no contexto clínico das equipas de saúde mental comunitárias do DPSM do CHLO.

Através deste programa, foi igualmente exequível, para as cinco equipas comunitárias, a implementação do **modelo clínico do *case management* (modelo clinico de seguimento mantido e integrado)**, através do qual cada doente passou a ter um **terapeuta de referência (TR)**, assim como, em **98% casos**, um **plano individual de cuidados**.

Que tenhamos conhecimento, esta foi a primeira aplicação formal, a nível nacional, do modelo clínico de *case management*, num serviço de psiquiatria do SNS, com atribuição de funções específicas aos terapeutas de referência, com base em equipas de saúde mental comunitárias.

A exequibilidade manteve-se ao longo do tempo, os TR exerceram as suas novas funções, as intervenções foram-se multiplicando e o número de doentes incluídos foi aumentando progressivamente. Face ao exposto, podemos concluir que ficou demonstrada **a possibilidade de implementação do programa**, pelo menos durante o primeiro ano do seu desenvolvimento.

Os TR efectuaram a maioria das intervenções e procedimentos recomendados, num número de sessões igual ou superior ao pretendido e com a periodicidade aconselhada. Quando o doente e/ou a família faltaram às sessões programadas com o terapeuta ou às consultas de psiquiatria agendadas, os TR realizaram contactos, de forma a manter a **continuidade de cuidados**. Nesses contactos, a intervenção domiciliária foi, por vezes, utilizada, mas apenas num número reduzido de casos.

Outra função relevante efectivamente desempenhada pelos TR consistiu no **encaminhamento e mobilização de recursos na comunidade**. O número de doentes que frequentaram estruturas de reabilitação psicossocial aumentou de 29 %, na primeira avaliação, para 73% na segunda avaliação, após um ano de programa.

A família continuou a ser o principal suporte para os doentes, que na maioria dos casos viviam com os pais ou outros familiares. Contudo, houve dificuldade na mobilização e envolvimento da família, quando pretendemos uma participação mais activa no tratamento.

Quando se comparou, o ano anterior ao programa com o ano em que este decorreu, constatou-se uma **diminuição quer do número de internamentos** (menos 64%) **quer da duração desses internamentos** (menos 66%, correspondente a menos 999 dias). O número de recaídas, na mesma comparação, diminuiu 45%. Estes resultados são também indicativos, de forma indirecta, de um maior período de permanência dos doentes na comunidade.

Os dados anteriores reflectem um dos **impactos favoráveis do programa de cuidados integrados**, com implicações em termos clínicos e económicos.

O seguimento mais assertivo pelo TR, associado ao desenvolvimento de estratégias para lidar com os sintomas e melhorar a adesão à terapêutica, a elaboração de planos de prevenção de recaídas, a intervenção familiar, a psicoeducação, a prevenção e intervenção em relação ao abuso de substâncias, entre outros factores, podem ter contribuído para a diminuição de internamentos e de recaídas.

Outro resultado importante e inesperado consistiu no facto de ter aumentado significativamente o número médio de consultas de psiquiatria por doente, quando se contabiliza no ano anterior e no ano do programa. Esta evolução permite concluir que, ao promovemos um seguimento mais frequente e regular do doente pelo TR, isso não implicou que a assiduidade do acompanhamento fosse reduzida por parte dos outros profissionais da equipa. Pelo contrário, o que verificámos foi exactamente o inverso, o que pode evidenciar uma maior mobilização dos profissionais da equipa pelo TR, bem como o envolvimento destes no programa.

Os valores obtidos, para as diferentes variáveis, também **reflectem o impacto favorável do Programa Integrar a nível da psicopatologia, das necessidades, da incapacidade, do funcionamento social e ocupacional, da qualidade de vida e da satisfação dos doentes**, para as quais ocorreram diferenças significativas, entre os valores da primeira e da segunda avaliação. O mesmo não sucedeu para o *insight* e para a mudança de atitude do doente em relação à medicação.

Em termos de psicopatologia, essas diferenças ocorreram tanto para os sintomas positivos como negativos, tendo ainda havido uma diminuição do número de doentes, com esquizofrenia ou perturbação esquizoaffectiva, que apresentaram resultados compatíveis com depressão.

Em relação às **necessidades**, ocorreram diferenças na diminuição das necessidades sem resposta e verificou-se uma correlação positiva entre a identificação das necessidades pelo TR e a identificação pelo doente. Esta concordância poderá corresponder a um melhor conhecimento pelo TR das necessidades sentidas pelo doente.

Predominaram as necessidades psicossociais, em relação às necessidades clínicas dos doentes, como já tinha sido constatado em outros estudos realizados nesta área, a nível nacional. O que ressalta, porém, e pode ser considerado como um dos principais resultados do estudo, é a **diminuição das necessidades psicossociais**, entre a primeira e a segunda avaliação. Assim, estes resultados sugerem um impacto favorável do programa de cuidados integrados na resposta às necessidades globais dos doentes.

Ocorreu uma diminuição no número de doentes que apresentaram necessidades sem resposta, nas áreas de actividades diárias e de ocupação, contactos sociais, benefícios sociais e informação sobre a doença. Essa redução também se verificou para as necessidades clínicas, como foi o caso das respostas para a sintomatologia psicótica.

As necessidades cobertas ou parcialmente cobertas mais frequentes foram, para além das referidas anteriormente, a ajuda nas tarefas domésticas e cuidados pessoais, que diminuíram na segunda avaliação.

A nível das **incapacidades**, houve uma diminuição na pontuação total média e nos domínios da ocupação, família/lar e contexto social amplo, que se enquadram na sequência dos resultados anteriormente obtidos e reforçam o impacto positivo, já referido. Essas diferenças não ocorreram no domínio dos cuidados pessoais, o qual já apresentava uma pontuação muito reduzida para a respectiva incapacidade, na primeira avaliação.

De igual modo, as diferenças apuradas, entre as duas avaliações, para a **qualidade de vida e para a satisfação** dos doentes, reforçam a evolução benéfica verificada.

Por último, o aumento da **empregabilidade** dos doentes (de 7,4% para 16,7%, a tempo completo), pode sugerir potencialidades, a este nível, do programa de cuidados integrados mas, para todas as dimensões avaliadas, e esta em particular, o contexto social e económico foram e serão determinantes no impacto do programa.

Finalizo com três das conclusões mais relevantes, as quais, de alguma forma, sintetizam todas as anteriores:

1. Foi possível demonstrar a **exequibilidade de um programa de cuidados integrados inovador**, para doentes com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva, com os recursos humanos e materiais disponíveis, no contexto clínico das equipas de saúde mental comunitárias de um departamento de psiquiatria e saúde mental do SNS, em Portugal.
2. Foi possível **comprovar a possibilidade de implementação de um programa com as características do Programa Integrar**, durante o período correspondente à investigação de um ano, o que, associado aos restantes resultados, justificam a continuidade deste programa e da sua avaliação.
3. Na avaliação do **impacto do programa**, os resultados obtidos indiciam potencialidades de aplicação deste programa de cuidados integrados, com vista à melhoria clínica e psicossocial destes doentes. Devem ser realizados estudos de replicação, ou complementares à presente investigação, no entanto os dados obtidos são encorajadores para o desenvolvimento de programas similares, a nível nacional e internacional, que possam beneficiar um grupo mais alargado de doentes.



## Bibliografia

- Addington, J., Epstein, I., Liu, L., French, P., Boydell, K. M., & Zipursky, R. B. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 125(1), 54-61.
- Addington, D. E., McKenzie, E., Wang, J., Smith, H. P., Adams, B., & Ismail, Z. (2012). Development of a core set of performance measures for evaluating schizophrenia treatment services. *Psychiatric Services*, 63(6), 584-591.
- Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3-7.
- Aguiar, P. (2005). Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. *Edição Climepsi Editores*.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal Psychiatry*, 190, 299-306.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal Psychiatry*, 190, 299-306.
- Alonso Suarez, M., Bravo-Ortiz, M. F., Fernandez-Liria, A., & Gonzalez-Juarez, C. (2011). Effectiveness of continuity-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(1), 65-72.
- Alptekin, K., Erkoc, S., Gogus, A. K., Kultur, S., Mete, L., Uçok, A., et al. (2005). Disability in schizophrenia: clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Research*, 135(2), 103-111.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150(6), 873-879.
- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 21(1), 27-42.
- Anderson, J., Dayson, D., Wills, W., Gooch, C., Margolius, O., O'Driscoll, C., et al. (1993). The TAPS Project. 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal Psychiatry Suppl* (19), 45-56.
- Andreasen, N. C. (1997). Improvement of negative symptoms: Concepts, definition and assessment. *International Clinical Psychopharmacology*, 12 Suppl 2, 7-10.
- Andreasson, S., Allebeck, P., & Rydberg, U. (1989). Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. A longitudinal study in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 505-510.
- Anthony. (2002). *Psychiatric rehabilitation*, 2nd edition. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- APA, American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (2000) J.N. Almeida Trans.). Lisboa: Climepsi.
- Arango, C., & Amador, X. (2011). Lessons learned about poor insight. *Schizophr Bull*, 37(1), 27-28.
- Awad, A. G. (1993). Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 609-618.
- Bachrach, L. L. (1992). Case management revisited. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(3), 209-210.
- Bachrach, L. L. (1993). Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 465-468.
- Bachrach, L. L. (1993). Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 465-468.
- Barnes, T. R., Curson, D. A., Liddle, P. F., & Patel, M. (1989). The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *British Journal Psychiatry*, 154, 486-491.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. S., & Freeman, H. L. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *British Journal Psychiatry*, 151, 1-8.
- Beck. (2009). *Schizophrenia Cognitive Theory, Research and Therapy*. Guilford Press.
- Bellack, A. S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.
- Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Benton, M. K., & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 741-747.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., le Quach, P., et al. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762-771.
- Bleuler, M. (1976). An approach to a survey of research results on schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2(3), 356-357.

- Bindman. (1997). Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *British Journal Psychiatry*, Aug;171:169-74.
- Bobes (2001). Instrumentos Básicos Para La Práctica De La Psiquiatría Clínica. *Universidad de Oviedo, Área de Psiquiatría*.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R., Becker, D. R., Fraser, V. V., et al. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 968-982.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., et al. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal Preventive Medicine*, 36(5), 452-457.
- Brenner. (1994). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. *Hogrefe & Huber Publishers*.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(1), 21-26.
- Bressan, R. A., Chaves, A. C., Pilowsky, L. S., Shirakawa, I., & Mari, J. J. (2003). Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. *Psychiatry Research*, 117(1), 47-56.
- Briand, C., Belanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., et al. (2005). [Implementation of the multi-site Integrated Psychological Treatment (IPT) program for people with schizophrenia. Elaboration of renewed version]. *Sante Mental au Québec*, 30(1), 73-95.
- Briand, C., Belanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., et al. (2005). [Implementation of the multi-site Integrated Psychological Treatment (IPT) program for people with schizophrenia. Elaboration of renewed version]. *Sante Mental au Québec*, 30(1), 73-95.
- Brissos, S., Dias, V. V., Carita, A. I., & Martinez-Aran, A. (2008). Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160(1), 55-62.
- Brown (2001). Integrating vertical health programmes into sector wide approaches: experiences and lessons. *Institute for Health Sector Development, London, 2001*.
- Browne, G., Hemsley, M., & St John, W. (2008). Consumer perspectives on recovery: a focus on housing following discharge from hospital. *International Journal Mental Health Nursing*, 17(6), 402-409.
- Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work*, 46(3), 278-288.
- Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71-93.
- Burns. (2003). Assertive Outreach in Mental Health. *Oxford University Press*.
- Burns. (2004). Community Mental Health Teams. A Guide to Current Practices. *Oxford University Press*.
- Burns, T. (1997). Case management, care management and care programming. *British Journal Psychiatry*, 170, 393-395.
- Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P., & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. *Lancet*, 353(9171), 2185-2189.
- Burns, T. (2000). Models of community treatments in schizophrenia: do they travel? *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* (407), 11-14.
- Burns, T. (2008). Case management or assertive community treatment. What is the difference? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 99-105.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., et al. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 949-958.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., et al. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 949-958.
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631-636.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163-175.
- Bustillo, J. R., Lauriello, J., & Keith, S. J. (1999). Schizophrenia: improving outcome. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(5), 229-240.
- Caldas de Almeida, J.M. (1996). Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5, 92-95.
- Caldas de Almeida, J.M. (1997). Perspectivas Actuais no Tratamento Esquizofrenia na Comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 885-862.
- Caldas de Almeida, J.M. (2011). Melhorar os Serviços de Saúde Mental - O Que Falta Fazer? *Mind Faces, As Diferentes Faces da Saúde Mental. Fundação Calouste Gulbenkian*
- Caldas de Almeida, J.M. (2011). Long-term Mental Health Care for People With Severe Mental Disorders. *European Union*.

- Caldas de Almeida, J.M. (2005). Atencion comunitária a personas com transtornos psicóticos. *Orgaz Panamericana de Salud*.
- Caldas de Almeida, J. M. (2009). Portuguese national mental health plan (2007-2016) executive summary. *Ment Health Fam Med*, 6(4), 233-244.
- Caldwell, C. B., & Gottesman, II. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4), 571-589.
- Caldwell, C. B., & Gottesman, II. (1992). Schizophrenia--a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threatening Behaviour*, 22(4), 479-493.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), 694-696.
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., et al. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*, 334(7591), 455-459.
- Canuso, C. M., Turkoz, I., Fu, D. J., & Bossie, C. A. (2010). Role of paliperidone extended-release in treatment of schizoaffective disorder. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 667-679.
- Carpenter, W. T., Jr., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., et al. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives General Psychiatry*, 57(6), 533-538.
- Carpenter, W. T., Jr., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., et al. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives General Psychiatry*, 57(6), 533-538.
- Carta, M. G., Kovess, V., Hardoy, M. C., Brugha, T., Fryers, T., Lehtinen, V., et al. (2004). Psychosocial wellbeing and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(11), 883-892.
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35(3), 247-253.
- Castle, N. G., Brown, J., Hepner, K. A., & Hays, R. D. (2005). Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. *Health Services Research*, 40(6 Pt 2), 1996-2017.
- Chabannes, J. P., Benattia, I., Pascal, J. C., Azorin, J. M., Vidon, G., Bouhassira, M., et al. (1998). [What is the meaning of "stabilization" in schizophrenic patients?]. *Encephale*, 24(4), 331-336.
- Chengappa, K. N., Parepally, H., Brar, J. S., Mullen, J., Shilling, A., & Goldstein, J. M. (2003). A random-assignment, double-blind, clinical trial of once-vs twice-daily administration of quetiapine fumarate in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *Canadian Journal Psychiatry*, 48(3), 187-194.
- Ciompi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- CNRSSM. (2007). Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano Nacional de Saúde Mental (Plano de Acção 2007-2016). *Relatório da CNRSSM*.
- CNRSSM. (2007). Estudos anexos do Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental do Ministério da Saúde.
- CNSM. (2008). Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *CNSM do Ministério da Saúde*.
- Cochrane, A. L. (1979). A critical review, with particular reference to the medical profession. In *Medicines for the Year 2000* (Ed. G. Teeling-Smith). Office of Health Economics (London, UK), 1-11.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernert, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., et al. (2009). Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: results of the ESEMeD project. *Psychiatric Services*, 60(8), 1051-1058.
- Coleman (1999). Recovery: An Alien Concept. Gloucester. *Hansell Publishing*.
- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., et al. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives Gener Psychiatry*, 62 (5), 505-512.
- Cordo, M. (2003). Reabilitação de pessoas com doença mental. *Climepsi Editores, Lisboa*.
- Corrigan. (2008). Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation *Guilford Press*.
- Corrigan, P. W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *Journal Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(3), 203-210.
- Cortesão, E. L., & Saldanha de Azevedo, M. (1986). Relação médico-doente: Perspectiva de evolução para o ano 2000. In A. Alves Gomes, E. L. Cortesão & E. S. Silva (Eds.), *Psiquiatria, neurologia e saúde mental na praxis do clínico geral* (pp. 25-45). Lisboa: Ed. UCB.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337-1655.
- Craig, T. K., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., Gournay, K., et al. (2008). Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatric Services*, 59(3), 276-282.

- Davidoff, F. (1999). In the teeth of the evidence: the curious case of evidence-based medicine. *Mount Sinai Journal Medicine*, 66(2), 75-83.
- Davidson, L., Roe, D., Andres-Hyman, R., & Ridgway, P. (2010). Applying stages of change models to recovery from serious mental illness: contributions and limitations. *Israel Journal Psychiatry Related Sciences*, 47(3), 213-221.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Jr., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23-31.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 1992;161:599-602.
- Deegan, G. (2003). Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376.
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work Health Care*, 25(3), 11-24.
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636-1639.
- Delessert, D., Pomini, V., Grasset, F., & Baumann, P. (2008). [Comparative evaluation of clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia]. *Encephale*, 34(1), 93-100.
- Demeyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.
- Depp, C. A., Mausbach, B., Granholm, E., Cardenas, V., Ben-Zeev, D., Patterson, T. L., et al. (2010). Mobile interventions for severe mental illness: design and preliminary data from three approaches. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(10), 715-721.
- Desisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167(3), 338-342.
- DGS. (1995). Conferência Sobre Saúde Mental. Proposta Para A Mudança. *Editor DGS Ministério da Saúde*.
- Dilk, M. N., & Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1337-1346.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
- Drake, R. (2005). Evidence-Based Mental Health Practice, a Textbook. *Publ. Norton & Company Inc. New York*
- Drake, R. E. (2005). How evidence-based practices contribute to community integration: a commentary on Bond et al., *Community Mental Health J.* 2004 Dec; 40(6):569-588. *Community Mental Health Journal*, 41(1), 87-90.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Clark, R. E., & Mueser, K. T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 289-301.
- Drake, R. E., Bond, G. R., & Essock, S. M. (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 704-713.
- Drake, R. E., Cimpean, D., & Torrey, W. C. (2009). Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455-463.
- Drake, R. E., & Essock, S. M. (2009). The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: the 95% problem. *Schizophrenic Bulletin*, 35(4), 677-678.
- Drake, R. E., & Goldman, H. H. (2003). The future of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Clinical of North America*, 26(4), 1011-1016.
- Drake, R. E., Latimer, E. A., Leff, H. S., McHugo, G. J., & Burns, B. J. (2004). What is evidence? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 717-728.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., et al. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 627-633.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Torrey, W. C., Miller, A. L., Lehman, A. F., Bond, G. R., et al. (2000). Evidence-based treatment of schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 2(5), 393-397.
- Drake, R. E., Rosenberg, S. D., Teague, G. B., Bartels, S. J., & Torrey, W. C. (2003). Fundamental principles of evidence-based medicine applied to mental health care. *Psychiatric Clinics North America*, 26(4), 811-820, vii.
- Eack, S. M., Schooler, N. R., & Ganguli, R. (2007). Gerard E. Hogarty (1935--2006): combining science and humanism to improve the care of persons with schizophrenia. *Schizophrenic Bulletin*, 33(5), 1056-1062.
- Eisen. (2002). Outcomes Measurement in Psychiatry, Chapter: Patient Satisfaction and Perceptions of Care. *American Psychiatric Publishing Inc.*

- Eisen, S. V., Wilcox, M., Idiculla, T., Speredellozzi, A., & Dickey, B. (2002). Assessing consumer perceptions of inpatient psychiatric treatment: the perceptions of care survey. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(9), 510-526.
- Erickson, D. H. (2010). Cognitive-behaviour therapy for medication-resistant positive symptoms in early psychosis: a case series. *Early Intervention in Psychiatry*, 4 (3), 251-256.
- Escoval. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Escola Nacional de Saúde Pública*.
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., et al. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 185-196.
- Fenton, W. S. (2003). Shared decision making: a model for the physician-patient relationship in the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 401-402.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Fenton, W. S., Mosher, L. R., Herrell, J. M., & Blyler, C. R. (1998). Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 516-522.
- Ferdinand, R. F., van der Ende, J., Bongers, I., Selten, J. P., Huizink, A., & Verhulst, F. C. (2005). Cannabis-psychosis pathway independent of other types of psychopathology. *Schizophrenic Research*, 79(2-3), 289-295.
- Fioritti, A. (2003). Impact of the Community on Intensive Community Care. *International Journal of Mental Health*, 31, nº4, pages 66-77.
- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(9), 913-915.
- Fleury, M. J., Grenier, G., & Lesage, A. (2006). Agreement between staff and service users concerning the clientele's mental health needs: a Quebec study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(5), 281-286.
- Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrock, T. (2011). Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 379-387.
- Gaebel, W., Weinmann, S., Sartorius, N., Rutz, W., & McIntyre, J. S. (2005). Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *British Journal of Psychiatry*, 187, 248-255.
- Gago, J. (1996). Avaliação de Necessidades em Reabilitação Psicossocial. *Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*.
- Garety, P. A., Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F., & Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67 (Pt 3), 259-271.
- Garrabé. (2004 (Ed. orig. rev. 2003)). História da Esquizofrenia. *Climepsi Editores*.
- Gelder. (2009). New Oxford Textbook of Psychiatry. *Oxford University Press*.
- Glick, I. D., Mankoski, R., Eudicone, J. M., Marcus, R. N., Tran, Q. V., & Assuncao-Talbott, S. (2009). The efficacy, safety, and tolerability of aripiprazole for the treatment of schizoaffective disorder: results from a pooled analysis of a sub-population of subjects from two randomized, double-blind, placebo-controlled, pivotal trials. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 18-26.
- Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman, R. P., Blair, K., Wirshing, W. C., Wirshing, D. A., et al. (2002). Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159 (5), 829-837.
- Gois, C., Barbosa, A., Ferro, A., Santos, A. L., Sousa, F., Akiskal, H., et al. (2011). The role of affective temperaments in metabolic control in patients with type 2 diabetes. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 52-58.
- Goldberg. (1992). Common Mental Disorders: A Bio-Social Model. *Routledge Editor*. 1992.
- Goldberg, D. P., Bridges, K., Cooper, W., Hyde, C., Sterling, C., & Wyatt, R. (1985). Douglas House: a new type of hostel ward for chronic psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 147, 383-388.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1148-1156.
- Gonçalves Pereira (2009). Famílias de Pessoas com Síndromes Psicóticas. *Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*.
- Goncalves Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). [Family interventions in schizophrenia. From theory to the real world in Portugal today]. *Acta Medica Portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Goodwin. (2010). Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *International Journal of Integrated Care*, volume 10, 31 March 2010.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564-598.
- Guy. (1976). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology *NIMH, USA*.
- Guyatt, G. H., Meade, M. O., Jaeschke, R. Z., Cook, D. J., & Haynes, R. B. (2000). Practitioners of evidence based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *British Medical Journal*, 320(7240), 954-955.

- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2382-2384.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(7), 992-997.
- Hamann, J., Mendel, R., Reiter, S., Cohen, R., Buhner, M., Schebitz, M., et al. (2011). Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical decision making and others do not? *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12), 1636-1643.
- Hamann, J., Mischo, C., Langer, B., Leucht, S., & Kissling, W. (2005). Physicians' and patients' involvement in relapse prevention with antipsychotics in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56(11), 1448-1450.
- Hansen, J. P., Ostergaard, B., Nordentoft, M., & Hounsgaard, L. (2012). The Feasibility of Cognitive Adaptation Training for Outpatients with Schizophrenia in Integrated Treatment. *Community Mental Health Journal*.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., et al. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
- Harrop, C., & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 241-265.
- Harrop, C. E. (2002). The development of schizophrenia in late adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 4(4), 293-298.
- Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., & Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723-734.
- Harrow, M., & Jobe, T. H. (2005). Longitudinal studies of outcome and recovery in schizophrenia and early intervention: can they make a difference? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 879-880.
- Harwood, R. H., Sayer, A. A., & Hirschfeld, M. (2004). Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(4), 251-258.
- Hatfield, D. (1999). The Care Programme Approach: Dimensions of Evaluation. *British Journal of Social Work*, Volume 29, Issue 6, pag.841-860.
- Health Department, UK (1990). The Care Programme Approach for people with mental illness. *Department of Health, London, Joint Health/ Social Services*, [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications).
- Health, D. o. (2008). Refocusing the Care Programme Approach: Policy and Positive Practice Guidance. *Department of Health, London*, [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications).
- Herz, M. (1985). Prodromal symptoms and prevention of relapse in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(11 Pt 2), 22-25.
- Herz, M. I. (1984). Recognizing and preventing relapse in patients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(4), 344-349.
- Herz, M. I., & Lamberti, J. S. (1995). Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 541-551.
- Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P., McCartan, L., et al. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 277-283.
- Hill. (2005). Investigação por Questionários. *Edições Sílabo, 3ªed, Lisboa*.
- Hjorthoj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Glud, C., Arendt, M., & Nordentoft, M. (2012). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychological Medicine*, 1-12.
- Hogan, M. (1983). A selfreport scale predictive of drug compliance in schizophrenia: Reliability and discriminative ability. *Psychological Medicine*, 13:177-183, 1983.
- Hogan, M. (2010). Updated schizophrenia PORT treatment recommendations: a commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 104-106.
- Hogarty, G. E. (2004). Medication adherence studies in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 581-582; author reply 582-583.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7), 633-642.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Archives of General Psychiatry*, 48(4), 340-347.
- Hogarty, G. E., & Flesher, S. (1999). Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 693-708.
- Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue-Geile, M., et al. (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 866-876.

- Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., Schooler, N. R., & Ulrich, R. F. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Archives of General Psychiatry*, 31(5), 603-608.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D., Ulrich, R. F., Kornblith, S. J., DiBarry, A. L., Cooley, S., et al. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1514-1524.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., & Eack, S. M. (2006). Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatric Services*, 57(12), 1751-1757.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Flesher, S., et al. (1995). Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 379-393.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A. L., Cooley, S., Ulrich, R. F., et al. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1504-1513.
- Holloway, F. (1991). Case management for the mentally ill: looking at the evidence. *International Journal of Social Psychiatry*, 37(1), 2-13.
- Holloway, F., & Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172, 19-22.
- Holloway, F., & Carson, J. (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21-31.
- Holloway, F., McLean, E. K., & Robertson, J. A. (1991). Case management. *British Journal of Psychiatry*, 159, 142-148.
- Holloway, F., Oliver, N., Collins, E., & Carson, J. (1995). Case management: A critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 10(3), 113-128.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review Psychiatry*, 17(1), 24-34.
- Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Weekes, P., & Briggs, J. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17(2), 160-167.
- Hoult, J., Rosen, A., & Reynolds, I. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine*, 18(11), 1005-1010.
- Howells. (2002). Service innovations: the eCPA. A computerised Care Programme Approach planning system. *The Psychiatrist*, 26, 266-268.
- Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183.
- Imperatori (1993). Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. *Escola Nacional de Saúde Pública*, 1993 (Obras Avulsas; 2).
- Institute, M. (2001). A new health system for the 21st century. *National Academy Press*.
- Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 655-674.
- Ishak. (2002). Outcome Measurement in Psychiatry: A Critical Review *American Psychiatric Publishing, Inc*.
- Ito, H., Setoya, Y., & Suzuki, Y. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry*, 11(3), 186-190.
- Ito, H., Setoya, Y., & Suzuki, Y. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry*, 11(3), 186-190.
- Janca, A., Kastrup, M., Katschnig, H., López-Ibor, J. J., Mezzich, J. E., & Sartorius, N. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(6), 349-354.
- Janicak, P. G., Keck, P. E., Jr., Davis, J. M., Kasckow, J. W., Tugrul, K., Dowd, S. M., et al. (2001). A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 21(4), 360-368.
- Jones, C., Cormac, I., Mota, J., & Campbell, C. (2000). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews* (2), CD000524.
- Kane, J. M. (1996). Treatment-resistant schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 Suppl 9, 35-40.
- Kane, J. M. (1999). Management strategies for the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 Suppl 12, 13-17.
- Kane, J. M. (2012). Addressing nonresponse in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), e07.
- Kanter, J. (1989). Clinical case management: definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(4), 361-368.

- Kanter, J., & Silva, M. (1996). Case management and managed care: investing in recovery. *Psychiatric Services*, 47(7), 699-701.
- Keck, P. E., Jr., Reeves, K. R., & Harrigan, E. P. (2001). Ziprasidone in the short-term treatment of patients with schizoaffective disorder: results from two double-blind, placebo-controlled, multicenter studies. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 21(1), 27-35.
- Kern, R. S., Green, M. F., Nuechterlein, K. H., & Deng, B. H. (2004). NIMH-MATRICES survey on assessment of neurocognition in schizophrenia. *Schizophr Res*, 72(1), 11-19.
- Kessler. (2008). The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. *Cambridge University Press*.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., et al. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23-33.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olsson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
- Keys, R. (1997). Mental health. Right approach. *Health Service Journal*, 107(5572), 28-29.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., et al. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *British Medical Journal*, 332(7545), 815-820.
- Killaspy, H., Johnson, S., Pierce, B., Bebbington, P., Pilling, S., Nolan, F., et al. (2009). Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(7), 532-540.
- Killaspy, H., Kingett, S., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., et al. (2009). Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 81-82.
- King. (2007). Handbook of Psychosocial Rehabilitation. *Blackwell Publishing*.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., et al. (2007). The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., et al. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362-367.
- Kingdon, D. (2004). Cognitive-behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 184, 85-86; author reply 86.
- Kingdon, D. (2005). Care programme approach: relapsing or recovering? Revisiting... Making care programming work. *Advances Psychiatric Treatments*, (11), 325-329.
- Kingdon, D., Rathod, S., Weiden, P., & Turkington, D. (2008). Cognitive therapy for schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(1), 55-57.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1991). A role for cognitive-behavioural strategies in schizophrenia? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26(3), 101-103.
- Kisthardt, W. E., Gowdy, E., & Rapp, C. A. (1992). Factors related to successful goal attainment in case management. *Journal Case Management*, 1(4), 117-123.
- Klingberg, S., Wittorf, A., Meisner, C., Wölwer, W., Wiedemann, G., Herrlich, J., et al. (2010). Cognitive behavioural therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: the POSITIVE Study, a multicenter, prospective, single-blind, randomised controlled clinical trial. *Trials*, 11, 123.
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallam, A., Fenyo, A., Marks, I. M., et al. (1994). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165(2), 195-203.
- Kolliakou, A., Ismail, K., & Atakan, Z. (2012). Why do Psychotic Patients use Cannabis? Case Series. *Current Pharmaceutical Design*, 18(32), 4950-4959.
- Konen, A., Neis, L., Hodel, B., & Brenner, H. D. (1993). [Specifics of cognitive behavioral therapy in schizophrenia. Integrated program of psychological therapy]. *Encephale*, 19(1), 47-55.
- Kopelowicz, A., & Liberman, R. P. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54(11), 1491-1498.
- Kopelowicz, A., & Liberman, R. P. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54(11), 1491-1498.
- Kopelowicz, A., Ventura, J., Liberman, R. P., & Mintz, J. (2008). Consistency of Brief Psychiatric Rating Scale factor structure across a broad spectrum of schizophrenia patients. *Psychopathology*, 41 (2), 77-84.
- Kovess, V., Caldas de Almeida J. M., Carta, M., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., et al. (2005). Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *European Psychiatry*, 20(8), 521-528.



- Kovess, V., Caldas de Almeida J. M., Carta, M., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., et al. (2005). Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *European Psychiatry*, 20(8), 521-528.
- Kovess-Masfety, V., Xavier, M., Moreno Kustner, B., Suchocka, A., Sevilla-Dedieu, C., Dubuis, J., et al. (2006). Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry*, 6, 39.
- Kovess-Masfety, V., Wiersma, D., Xavier, M., de Almeida, J. M., Carta, M. G., Dubuis, J., et al. (2006). Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2, 22.
- Kozumplik, O., & Uzun, S. (2009). Recommendations from treatment guidelines for schizophrenia regarding monitoring of side effects of antipsychotics: brief review. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 95-98.
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., & Dixon, L. B. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94-103.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D., et al. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. *British Journal Psychiatry*, 171, 319-327.
- Kuipers, J., Bell, C., Davidhizar, R., Cosgray, R., & Fawley, R. (1994). Knowledge and attitudes of chronic mentally ill patients before and after medication education. *Journal of Advance Nursing*, 20(3), 450-456.
- Lako, I. M., Bruggeman, R., Knegtering, H., Wiersma, D., Schoevers, R. A., Slooff, C. J., et al. (2012). A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*, 140 (1), 38-47.
- Lasalvia, A., Stefani, B., & Ruggeri, M. (2000). [Therapeutic needs in psychiatric patients: a systematic review of the literature. I. General concepts and assessment measures. Needs for services]. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(3), 190-213.
- Lauriello, J., Bustillo, J., & Keith, S. J. (1999). A critical review of research on psychosocial treatment of schizophrenia. *Biological Psychiatry Journal*, 46(10), 1409-1417.
- Le Bouthillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476.
- Leff, J. (1997). Cuidados na Comunidade. Ilusão ou realidade? *Edição Climepsi, Lisboa (Ed. 2000, da versão original de 1997)*.
- Leff, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry Suppl* (23), 71-76.
- Leff, J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* (407), 78-82.
- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *British Journal of Psychiatry*, 176, 217-223.
- Leff, J., Trieman, N., & Gooch, C. (1996). Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1318-1324.
- Lehman, A. F. (2000). Putting recovery into practice: a commentary on "what recovery means to us". *Community Mental Health Journal*, 36(3), 329-331.
- Lehman, A. F., & McGlashan, T. H. (2006). Remembering Gerard Hogarty. *Psychiatric Services*, 57(12), 1677.
- Lencz, T., Lipsky, R. H., DeRosse, P., Burdick, K. E., Kane, J. M., & Malhotra, A. K. (2009). Molecular differentiation of schizoaffective disorder from schizophrenia using BDNF haplotypes. *British Journal of Psychiatry*, 194(4), 313-318.
- Lenroot, R., Bustillo, J. R., Lauriello, J., & Keith, S. J. (2003). Integrated treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(11), 1499-1507.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry Suppl*, 43, s91-97.
- Fernandes, L., Goncalves-Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L. F., et al. (2009). Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *Int Psychogeriatr*, 21(1), 94-102.
- Liberman, (2001). Comprehensive Care of Schizophrenia. *Martin Dunitz Edition*.
- Liberman. (2008). Recovery From Disability. *American Psychiatric Publishing Inc*.
- Liberman. (2012). Comprehensive Care of Schizophrenia, *Second Edition, Oxford University Press*.
- Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., et al. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(5), 487-496.
- Lieberman, J. A., Safferman, A. Z., Pollack, S., Szymanski, S., Johns, C., Howard, A., et al. (1994). Clinical effects of clozapine in chronic schizophrenia: response to treatment and predictors of outcome. *American Journal of Psychiatry*, 151 (12), 1744-1752.
- Lima. (2004). Case Management, Cuidados Comunitários a DMG. *Edição Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*.

- Lindenmayer, J. P., & Khan, A. (2004). Pharmacological treatment strategies for schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4(4), 705-723.
- Liria. (1990). Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría Vol. X. N. 032. 1990.*
- Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 578-602.
- Luxton, R. a. (2005). Development of Psychopathology: a vulnerability-stress perspective. *SAGE publications, cap. 2, pag 32.*
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., et al. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4(1), 45-49.
- Malm, U., Ivarsson, B., Allebeck, P., & Falloon, I. R. (2003). Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 415-423.
- Markova, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The meaning of insight in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 160, 850-860.
- Markova, I. S., & Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry*, 36(5), 367-376.
- Markova, I. S., Roberts, K. H., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P. J., & Berrios, G. E. (2003). Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res*, 119(1-2), 81-88.
- Maroco. (2007). Análise estatística com a utilização do SPSS. *Edições Sílabo, 3ª edição, Lisboa.*
- Mas-Exposito, L., Amador-Campos, J. A., Gomez-Benito, J., & Lalucat-Jo, L. (2012). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule: a validation study in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 208-216.
- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rossler, W., et al. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*, 7(4), e36080.
- McCrone, P., Beecham, J., & Knapp, M. (1994). Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry*, 165(2), 218-221.
- McCrone, P., Killaspy, H., Bebbington, P., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., et al. (2009). The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatric Services*, 60(7), 908-913.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Whitley, R., Bond, G. R., Campbell, K., Rapp, C. A., et al. (2007). Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatric Services*, 58(10), 1279-1284.
- Melau, M., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Petersen, L., Gluud, C., et al. (2011). The effect of five years versus two years of specialised assertive intervention for first episode psychosis - OPUS II: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12, 72.
- Meltzer, H. Y. (1990). Defining treatment refractoriness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4), 563-565.
- Meltzer, H. Y. (1999). Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. International Clozaril/Leponex Suicide Prevention Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 Suppl 12, 47-50.
- Meltzer, H. Y. (2001). Treatment-resistant schizophrenia. In: Lieberman J, Murray R, editors. Comprehensive care of schizophrenia: a textbook of clinical management. *London: Martin Dunitz; 2001. p. 181-203.*
- Melzer, D., Hale, A. S., Malik, S. J., Hogman, G. A., & Wood, S. (1991). Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. *British Medical Journal*, 303(6809), 1023-1026.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., et al. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751-1761.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Montgomery, S. M. (1979). Depressive symptoms in acute schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 3(4), 429-433.
- Morgan, V., Korten, A., & Jablensky, A. (2006). Modifiable risk factors for hospitalization among people with psychosis: evidence from the National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 683-690.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Dean Klinkenberg, W., Helminiak, T. W., Wolff, N., Drake, R. E., et al. (2006). Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Mental Health Journal*, 42(4), 377-404.
- Mortensen, P. B., & Juel, K. (1993). Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 163, 183-189.
- Mueser, K. T. (2011). Clinical Handbook of Schizophrenia. *The Guilford Press.*
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284.
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363(9426), 2063-2072.

- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behaviour Modification Journal*, 27(3), 387-411.
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 626-636.
- Muijen, M., Marks, I. M., Connolly, J., Audini, B., & McNamee, G. (1992). The daily living programme. Preliminary comparison of community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *British Journal of Psychiatry*, 160, 379-384.
- Muller, D. R., Roder, V., & Brenner, H. D. (2007). [Effectiveness of Integrated Psychological Therapy for schizophrenia patients. A meta-analysis including 28 independent studies]. *Nervenarzt Journal*, 78(1), 62-73.
- Muller, M. J., Szegedi, A., Wetzel, H., & Benkert, O. (2000). Moderate and severe depression. Gradations for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 137-140.
- Murray, C. J., & Acharya, A. K. (1997). Understanding DALYs (disability-adjusted life years). *Journal of Health Economics*, 16(6), 703-730.
- Murru, A., Pacchiarotti, I., Nivoli, A. M., Grande, I., Colom, F., & Vieta, E. (2011). What we know and what we don't know about the treatment of schizoaffective disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 680-690.
- Neale, J. M., Oltmanns, T. F., & Harvey, P. D. (1985). The need to relate cognitive deficits to specific behavioral referents of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 11(2), 286-291.
- Neto, D. (1996). Tratamento combinado e por etapas de heroíno dependentes: Características e evolução de uma amostra. Lisboa: Universitária Editora.
- Neto, D., Lambaz, R., Aguiar, P., & Chick, J. (2008). Effectiveness of sequential combined treatment in comparison with treatment as usual in preventing relapse in alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43(6), 661-668.
- Neto, D., Lambaz, R., & Tavares, J. E. (2007). Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 42(6), 604-609.
- Nielsen, R. E., Lindstrom, E., Nielsen, J., & Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*.
- Nielsen, R. E., Lindstrom, E., Nielsen, J., & Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 22(10), 747-750.
- Nordentoft, M., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A. A., Abel, M. B., Ohlenschlaeger, J., et al. (2006). [OPUS: a randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first-episode psychosis--secondary publication]. *Ugeskr Laeger Journal*, 168(4), 381-384.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., et al. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 382, 58-64.
- O'Connell, M. J., & Stein, C. H. (2011). The relationship between case manager expectations and outcomes of persons diagnosed with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47(4), 424-435.
- O'Hagan. (1993). User Movement. *Community Mental Health Care: International Perspectives on Making it Happen*. Gaskell, London, 1993.
- Ogawa, K., Miya, M., Watarai, A., Nakazawa, M., Yuasa, S., & Utena, H. (1987). A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan--with special reference to the course of social adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 151, 758-765.
- Okasha, A. (2009). Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259 Suppl 2, S129-133.
- Oltmanns, T. F., Murphy, R., Berenbaum, H., & Dunlop, S. R. (1985). Rating verbal communication impairment in schizophrenia and affective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 11(2), 292-299.
- Oltmanns, T. F., & Neale, J. M. (1975). Schizophrenic performance when distractors are present: attentional deficit or differential task difficulty? *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 205-209.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition Journal*, 23(1), 121-130.
- Patel V. (2011). Closing the Treatment Gap for Mental Disorders. Lessons from India and Developing World *Mind Faces, As Diferentes Faces da Saúde Mental, Fundação Calouste Gulbenkian*, 227-237.
- Patterson, T. L., & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 108-119.
- Peebles, S. A., Mabe, P. A., Davidson, L., Fricks, L., Buckley, P. F., & Fenley, G. (2007). Recovery and systems transformation for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 567-583.
- Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD002831.
- Perkins, D. O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121-1128.

- Perris, C., Frank, N., Gusmao, R., Henry, L., Lundberg, M., Schaub, A., et al. (2000). Assessment of dysfunctional working models of self and others in schizophrenic patients: a summary of data collected in nine nations. International Research Group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 336-341.
- Perris, C., & Skagerlind, L. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 382, 65-70.
- Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Christensen, T. O., et al. (2005). Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *British Journal of Psychiatry Suppl*, 48, s98-103.
- Pinninti, N. R., Fisher, J., Thompson, K., & Steer, R. (2010). Feasibility and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 337-341.
- Prince. (2003). Practical psychiatric epidemiology. Oxford: Oxford University Press.
- Prytys, M., Garety, P. A., Jolley, S., Onwumere, J., & Craig, T. (2011). Implementing the NICE guideline for schizophrenia recommendations for psychological therapies: a qualitative analysis of the attitudes of CMHT staff. *Clinical Psychology and Psychotherapy Journal*, 18(1), 48-59.
- Radomsky, E. D., Haas, G. L., Mann, J. J., & Sweeney, J. A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1590-1595.
- Rapp. (2011). Clinical Handbook of Schizophrenia, chapter 32, pages 319-328). *The Guilford Press*.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.
- Rapp, R. C. (2007). The strengths perspective: proving "my strengths" and "it work". *Social Work*, 52(2), 185-186.
- Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics--data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 74(2-3), 211-219.
- Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P., & Turkington, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(1), 22-33.
- Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P., & Turkington, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(1), 22-33.
- Razzouk, D., Gregorio, G., Antunes, R., & Mari, J. D. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry*, 11(3), 191-195.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Ribeiro. (2010). Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa. *Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro*.
- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Ringen, P. A., Melle, I., Berg, A. O., Agartz, I., Spigset, O., Simonsen, C., et al. (2012). Cannabis use and premorbid functioning as predictors of poorer neurocognition in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*.
- Roberts. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* (2004), vol. 10, 37-49.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., et al. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247.
- Rocha, N., Queiros, C., Aguiar, S., Marques, A., & Horta, M. P. (2009). [The relations between neurocognition and quality of life in people with schizophrenia]. *Acta Medica Portuguesa*, 22(1), 71-82.
- Roder, V., Brenner, H. D., Muller, D., Reisch, T., Lachler, M., Zorn, P., et al. (2001). [Effects of new cognitive-behavioral therapy programs for improvement of specific social skills of schizophrenics--a controlled study]. *Nervenarzt Journal*, 72(9), 709-716.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32 Suppl 1, S81-93.
- Roder, V., Studer, K., & Brenner, H. (1987). [Experiences with an integrated psychological therapy program for training communication and cognitive abilities in the rehabilitation of severely ill chronic schizophrenic patients]. *Schweiz. Archives of Neurology and Psychiatry*, 138(1), 31-44.
- Rosen, A., Mueser, K. T., & Teesson, M. (2007). Assertive community treatment--issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 813-825.
- Rossler, W., Salize, H. J., van Os, J., & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J. L., Becker, T., et al. (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 229-245.

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2(5), e141.
- Sajatovic. (2006). Rating Scales in Mental Health, *2nd Edition Revised, Mental Health Series, Lexi-Comp's*.
- Sajatovic, M., Rosch, D. S., Sivec, H. J., Sultana, D., Smith, D. A., Alamir, S., et al. (2002). Insight into illness and attitudes toward medications among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 53(10), 1319-1321.
- Salyers, M. P., Bond, G. R., Teague, G. B., Cox, J. F., Smith, M. E., Hicks, M. L., et al. (2003). Is it ACT yet? Real-world examples of evaluating the degree of implementation for assertive community treatment. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30(3), 304-320.
- Salyers, M. P., McGuire, A. B., Rollins, A. L., Bond, G. R., Mueser, K. T., & Macy, V. R. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 319-329.
- Santen, G., Danhof, M., & Della Pasqua, O. (2009). Sensitivity of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale to response and its consequences for the assessment of efficacy. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1049-1056.
- Saraceno. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet series 2007*.
- Sayer, J., Ritter, S., & Gournay, K. (2000). Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *Journal of Advance Nursing*, 31(5), 1199-1205.
- Schaedle, R., McGrew, J. H., Bond, G. R., & Epstein, I. (2002). A comparison of experts' perspectives on assertive community treatment and intensive case management. *Psychiatric Services*, 53(2), 207-210.
- Schaedle, R. W., & Epstein, I. (2000). Specifying intensive case management: a multiple perspective approach. *Journal Behaviour Health Services and Research*, 2(2), 95-105.
- Schultz, S. K., & Andreasen, N. C. (1999). Schizophrenia. *Lancet*, 353(9162), 1425-1430.
- Scott. (2001). Textbook of Community Psychiatry Chapter 22. *Oxford University Press*.
- Semrau, M., Barley, E. A., Law, A., & Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10(3), 217-225.
- Sena, F. (2006). Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1).
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., et al. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 165-172.
- Shean, G. D. (2009). Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Psychiatry*, 72(4), 307-320.
- Slade. (2009). Personal Recovery and Mental Illness. *Cambridge University Press*.
- Slade, M., & Hayward, M. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 81-83.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., et al. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-12.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 73(3), 183-189.
- Slade, M., Leese, M., Taylor, R., & Thornicroft, G. (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(2), 149-157.
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & C. L. E. B. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99-103.
- Sledge, W. H., Astrachan, B., Thompson, K., Rakfeldt, J., & Leaf, P. (1995). Case management in psychiatry: an analysis of tasks. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1259-1265.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 163-180.
- Stanard, R. P. (1999). The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 169-179.
- Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vannicelli, M. L., Schnitzer, R., et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 520-563.
- Stein. (1998). Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness Ed. *Norton & Company, Inc, New York*.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
- Strathdee, G. T. (1997). Community psychiatry and service evaluation. In *The Essentials of Postgraduate Psychiatry (3rd edn)* (eds R. Murray, P. Hill & P. McGuffin), pp. 513-533. *Cambridge: Cambridge University Press*.

- Straus, S. E., & Sackett, D. L. (1999). Applying evidence to the individual patient. *Annals of Oncology*, 10(1), 29-32.
- Stroup, S., Appelbaum, P., Swartz, M., Patel, M., Davis, S., Jeste, D., et al. (2005). Decision-making capacity for research participation among individuals in the CATIE schizophrenia trial. *Schizophrenia Research*, 80(1), 1-8.
- Swang. (2011). Treated and Untreated Prevalence of Mental Disorders: results from the WMS. *Chapter 6, Oxford Textbook of Community Mental Health, Oxford Univ. Press.*
- Suárez. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Revista de la Asociacion Española Neuropsiquiatria n.92 Madrid oct.-dic. 2004.*
- Sungur, M., Soygur, H., Guner, P., Ustun, B., Cetin, I., & Falloon, I. R. (2011). Identifying an optimal treatment for schizophrenia: a 2-year randomized controlled trial comparing integrated care to a high-quality routine treatment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(2), 118-127.
- Suzuki, T., Remington, G., Mulsant, B. H., Uchida, H., Rajji, T. K., Graff-Guerrero, A., et al. (2012). Defining treatment-resistant schizophrenia and response to antipsychotics: a review and recommendation. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 1-6.
- Tansella, M. (1987). [Psychiatric assistance in Italy after the 1978 reform. Evidence and opinions]. *Recenti Progressi in Medicina*, 78(7-8), 365-369.
- Tansella, M., Amadeo, F., Burti, L., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2006). Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*(429), 90-94.
- Tansella, M., & Williams, P. (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine*, 17(2), 283-289.
- Tarrier, N. (2010). Cognitive behavior therapy for schizophrenia and psychosis: current status and future directions. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 4(3), 176-184.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, S., et al. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Teixeira, M. (2003). Déficit Cognitivo na Esquizofrenia - dos consensos às incertezas. *Vale & Vale Editores, Lda.*
- Tenhula, W. N., Kinnaman, J. E., & Bellack, A. S. (2007). Is learning potential associated with social skills in schizophrenia? *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 827-835.
- Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 409-412.
- Thomas, N., Rossell, S., Farhall, J., Shawyer, F., & Castle, D. (2011). Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations: effectiveness and predictors of outcome in a specialist clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 129-138.
- Thornicroft. (1996). Mental Health Outcome Measures. *Springer, New York*
- Thornicroft. (2001). Textbook of Community Psychiatry. *Oxford University Press.*
- Thornicroft. (2011). Oxford Textbook of Community Mental Health. *Oxford University Press.*
- Thornicroft, G. (2010). Mental Health Outcome Measures. *3d Edition. RCPsych Publications.*
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2012). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 1-15.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., & Nordentoft, M. (2010). The quality of life among first-episode psychotic patients in the OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 116(1), 27-34.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., et al. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis-results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 79(1), 95-105.
- Torrey, W. C., & Drake, R. E. (2011). An overview of evidence-based mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(9), 511-513.
- Tran, P. V., Tollefson, G. D., Sanger, T. M., Lu, Y., Berg, P. H., & Beasley, C. M., Jr. (1999). Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. Acute and long-term therapy. *British Journal of Psychiatry*, 174, 15-22.
- Trieman, N., Leff, J., & Glover, G. (1999). Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 319(7201), 13-16.
- Tsuang, M. T., Woolson, R. F., & Fleming, J. A. (1979). Long-term outcome of major psychoses. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 36(12), 1295-1301.
- Turkington, D., & Kingdon, D. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 101-106.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Chadwick, P. (2003). Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: filling the therapeutic vacuum. *British Journal of Psychiatry*, 183, 98-99.

- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 365-373.
- Turkington, D., & McKenna, P. J. (2003). Is cognitive-behavioural therapy a worthwhile treatment for psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 182, 477-479.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R., Nur, U., Siddle, R., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 1-7.
- Tyrer, P. (2008). Effective Treatments in Psychiatry. *Cambridge University Press*.
- Valencia Collazos, M., Ortega Soto, H. A., Rascon Gasca, M. L., & Gomez Caudillo, L. (2002). [Evaluation of the combination of psychosocial and pharmacological treatment in schizophrenic patients]. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 30(6), 358-369.
- Van der Gaag, M., Stant, A. D., Wolters, K. J., Buskens, E., & Wiersma, D. (2011). Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 198, 59-65, sup 51.
- Van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R. V., de Graaf, R., & Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 319-327.
- Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 635-645.
- Van Weeghel, J., van Audenhove, C., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liegeois, A., McCulloch, A., et al. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(3), 274-281.
- Vreeland, B., Minsky, S., Yanos, P. T., Menza, M., Gara, M., Kim, E., et al. (2006). Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment. *Psychiatric Services*, 57(6), 822-828.
- Vreeland, B., Minsky, S., Yanos, P. T., Menza, M., Gara, M., Kim, E., et al. (2006). Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment. *Psychiatric Services*, 57(6), 822-828.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., G, D. E. G., et al. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 177-185.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Warner. (2005). Review of Care Programme Approach. *The Sainsbury Centre for Mental Health*.
- Wehman, P., West, M., Fry, R., Sherron, P., Groah, C., Kreutzer, J., et al. (1989). Effect of supported employment on the vocational outcomes of persons with traumatic brain injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22(4), 395-405.
- Weinberger, D. R., & Gallhofer, B. (1997). Cognitive function in schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*, 12 Suppl 4, S29-36.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 400-405.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 400-405.
- Weiss, A., Movahed, R., & Dym, H. (2011). Schizophrenia: current therapy and review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69(1), 192-198.
- Wells, J. E., Oakley Browne, M., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M. C., et al. (2012). Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. *British Journal of Psychiatry*.
- Wennberg, J. E. (1991). Outcomes research, patient preference, and the primary care physician. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 4(5), 365-367.
- Wexler, B. E., & Bell, M. D. (2005). Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 31(4), 931-941.
- WHO. (1980). International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH). *WHO publications, Geneva*.
- WHO. (1994). The WHO Qualitive of Life Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Orley J, Kuyken W, editors., Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag;1994. p 41-60.*
- WHO. (1998). The WHO Qualitive of Life Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 1998;46:1569-85.
- WHO. (1999). ICIDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, short version. *WHO publications, Geneva*.

- WHO. (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. *WHO publications, Geneva*.
- WHO, C. (2004). The Global Burden of Disease: 2004 Update. *World Health Organization Publications*
- WHO. (2005). Project Atlas: Resources for Mental Health and Neurological Disorders. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva*.
- WHO. (2007). Expert Opinion on Barriers and Facilitating Factors for the Implementation of Existing Mental Health Knowledge in Mental Health Services. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*.
- Wiedemann, G., Hahlweg, K., Hank, G., Feinstein, E., Muller, U., & Dose, M. (1994). [Detection of early warning signs in schizophrenic patients. Possible applications in prevention of recurrence]. *Nervenarzt Journal*, 65(7), 438-443.
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 75-85.
- Wing, J. K., Brown G. W. (1970). Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960-1968 *Cambridge Univ. Press*.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J. E., Giel, R., et al. (1990). SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 589-593.
- Wolfe. (1997). Care Programme Approach: evaluation of its implications in an inner London service. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1, 85-91.
- Wortis, J. (1986). Adolph Meyer: some recollections and impressions. *British Journal of Psychiatry*, 149, 677-681.
- Wykes, T., Reeder, C., Huddy, V., Taylor, R., Wood, H., Ghirasim, N., et al. (2012). Developing models of how cognitive improvements change functioning: mediation, moderation and moderated mediation. *Schizophr Res*, 138(1), 88-93.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., et al. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 190, 421-427.
- Wykes, T., & Van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis- cognitive remediation therapy (CRT)? *Clin Psychol Rev*, 21(8), 1227-1256.
- Xavier, M. (1999). Avaliação de Qualidade em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. *Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa*.
- Xavier, M. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. vol. 20, Nº 2-Julho/Dezembro 2002. *Revista Escola Nacional de Saúde Pública*.
- Xavier, M., Barahona, B., Batalim, P., Matos, C. J., Domingos, E., Freitas, F., et al. (2004). [Use of antipsychotic drugs. A multicentric study of inpatients with acute psychotic disorders]. *Acta Medica Portuguesa*, 17(4), 257-264.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), CD002831.
- Xiang, Y. T., Weng, Y. Z., Li, W. Y., Gao, L., Chen, G. L., Xie, L., et al. (2007). Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 190, 49-56.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability- a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.

Esta dissertação foi escrita de acordo com as regras prévias ao Acordo Ortográfico.